

De quelle manière les intervenants en toxicomanie travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils, le cas échéant, leur projet d'accompagnement ?

Réalisé par : VIACCOZ Virginie

Promotion : TS ES 09

Sous la direction de : LORENZ Susanne

Remerciements

J'adresse mes vifs remerciements :

- Aux sept intervenants en toxicomanie ayant accepté de répondre à mes questions ;
- À Mme Susanne Lorenz, ma directrice de Travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils ;
- À ma famille pour la relecture et les corrections ainsi que pour leur soutien permanent ;
- À toutes les personnes m'ayant soutenues au cours de cette période.

Avertissements

Le langage épïcène a été employé dans la rédaction de mon Travail de Bachelor afin d'en faciliter l'écriture et la lecture.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leurs auteurs.

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

Résumé

Le but de mon Travail de Bachelor est d'identifier les différentes manières dont disposent les intervenants en toxicomanie pour travailler la rechute avec les personnes toxicodépendantes ; ainsi que les modifications qu'ils apportent au projet d'accompagnement suite à cela.

Pour ce faire, j'ai préalablement clarifié quelques concepts théoriques tels que celui de la toxicodépendance, de la rechute et de la relation d'aide. J'ai également expliqué quelques modes d'intervention possibles dans l'accompagnement des personnes toxicomanes, ainsi que le rôle à endosser pour le professionnel.

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai interviewé sept intervenants en toxicomanie travaillant dans des structures ambulatoires et résidentielles de Suisse Romande. Je me suis d'abord intéressée à la conception de la rechute pour chacun d'entre eux. Ensuite, je leur ai demandé ce qui changeait, dans l'accompagnement de la personne toxicodépendante, suite à celle-ci.

Cela m'a permis d'acquérir une définition nuancée de la rechute ainsi que de nombreuses stratégies pour transformer cette dernière en une étape utile pour le processus de changement.

Mots-clés

Toxicodépendance, rechute, relation d'aide, rôle de l'intervenant en toxicomanie, modes d'intervention, projet d'accompagnement.

Table des matières

Introduction	7
Partie I : Concepts	9
1 La toxicodépendance	9
1.1 Dépendance physique et psychologique.....	10
1.2 Tolérance ou accoutumance	11
1.3 Comment en arrive-t-on là ?.....	11
2 La rechute.....	13
2.1 Types de rechute.....	14
2.2 Facteurs de rechute	16
2.3 Stades de changement	17
3 Modes d'intervention	19
3.1 Traitements de substitution, thérapies communautaires.....	19
3.1.1 Narcotiques Anonymes (NA).....	21
3.2 Thérapies cognitivo-comportementales	21
3.2.1 Behaviorisme	22
3.2.2 Thérapie sociale cognitive.....	23
4 Organisation de l'intervention auprès de personnes toxicodépendantes	28
4.1 La relation d'aide	28
4.1.1 Entrevue motivationnelle.....	29
4.1.2 Le contrat thérapeutique	34
4.1.3 La prévention de la rechute (PR)	37
4.2 La posture à adopter par l'intervenant en toxicomanie	38
Partie II : Méthodologie.....	42
5 Hypothèses.....	42
6 Techniques de récoltes de données.....	44
6.1 Construction et phase de test de ma grille d'entretien	45
7 Échantillon	47

7.1	Profil des institutions contactées	47
7.2	Stratégies de recrutement	47
8	Déroulement des entretiens	48
9	Procédé pour l'analyse de données	48
Partie III : Analyse des données		49
10	Analyse des entretiens	49
10.1	Échantillon de recherche	49
10.2	Accompagnement général	50
10.2.1	Rôle du professionnel auprès des personnes toxicomanes	50
10.2.2	Projet d'accompagnement	50
10.2.3	Collaboration durant l'accompagnement	53
10.2.4	Prévention de la rechute dans l'accompagnement général	55
10.2.5	Perturbations dans le suivi prévu initialement	59
10.3	Accompagnement suite à une rechute	60
10.3.1	Rôle du professionnel	60
10.3.2	Conception de la rechute	61
10.3.3	Ressentis personnels de l'intervenant en toxicomanie suite à une rechute	63
10.3.4	Stratégies pour travailler la rechute avec la personne	64
10.4	Perspectives face au suivi et à l'accompagnement des personnes toxicodépendantes	68
10.4.1	Du point de vue philosophique	68
10.4.2	Du point de vue de la pratique	69
10.4.3	Du point de vue des structures et du réseau	70
11	Synthèse de l'analyse	72
Partie IV : Synthèse du travail		80
12	Pistes d'action professionnelles	80
13	Bilan personnel	82
14	Conclusion	84
15	Bibliographie	87

16	Cours théoriques (HES-SO)	89
17	Annexes.....	90
17.1	Annexe A – Fil conducteur de l’entretien.....	90
17.2	Annexe B – Grilles variables des hypothèses et dimensions.....	92
17.3	Annexe C – Courrier adressé aux directeurs	95
17.4	Annexe D – Courrier adressé aux professionnels.....	96
17.5	Annexe E – Formulaire de consentement éclairé	97
17.6	Annexe F – Grille d’analyse	98

Introduction

Dans les institutions accueillant des personnes toxicomanes, la rechute fait partie intégrante du quotidien pour les intervenants en toxicomanie. Face au phénomène de la rechute, de nombreux écrits ont été publiés, cependant rares sont ceux qui l'abordent du point de vue de la réorientation du projet d'accompagnement avec les usagers suite à une rechute. Pourtant cela me semble primordial étant donné qu'il faudrait se pencher sur tous les éléments présents dans le traitement des toxicodépendances afin de voir où des modifications sont à apporter. De ce fait, on peut s'interroger quant au sens d'une réévaluation du plan, ou du moins de le repenser avec l'utilisateur, dans une telle situation.

C'est pour cette raison que j'ai choisi de porter ma réflexion autour de la question suivante :

« De quelle manière les intervenants en toxicomanie travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils, le cas échéant, leur projet d'accompagnement ? »

La rechute est une étape difficile à surmonter, tant pour les professionnels que pour les personnes toxicodépendantes, pourtant elle semble être inéluctable. C'est peut-être parce que celle-ci fait partie intégrante du processus de changement qu'elle est aujourd'hui perçue comme une ouverture pour la suite du traitement.

J'ai choisi de réaliser mon Travail de Bachelor autour de cette thématique car elle m'interpelle et que plus tard je désire travailler auprès de personnes toxicodépendantes.

Je trouve que ma question de recherche fait partie intégrante du travail social. En effet, étant donné que je me concentre sur l'action qu'entreprend un intervenant en toxicomanie, je me retrouve immergée dans ce champ professionnel. De plus, comme la rechute s'avère être un phénomène connu pour les personnes toxicodépendantes désireuses de changement, ce Travail de Bachelor pourra être utile aux professionnels de ce milieu.

Il me semble important, pour les professionnels accompagnants les personnes toxicomanes, d'être capables d'intégrer certaines dimensions inhérentes à cette population. Je pense notamment au rapport à l'échec, en cas de rechute, ainsi qu'aux diverses réorientations possibles en cas de fin de collaboration avec les usagers. Il sera

donc intéressant de découvrir les différentes manières de fonctionner de plusieurs institutions romandes, afin d'ouvrir quelques pistes.

À mon sens, lorsque les personnes toxicodépendantes se remettent à consommer de la drogue elles se retrouvent dans une situation compliquée car elles doivent se concentrer sur leur avenir. Plusieurs choix s'offrent à elles : accepter une nouvelle thérapie, opter pour un autre type de traitement, développer diverses stratégies leur permettant d'arrêter par elles-mêmes ou replonger. Si elles prennent la première option, j'aimerais savoir et comprendre les démarches que vont entreprendre les futurs intervenants en toxicomanie pour aménager un nouveau programme individuel adapté.

Afin de répondre au mieux à ma question de recherche, j'ai pour objectif de commencer par définir les concepts théoriques de la toxicodépendance et de la rechute. Pour ce faire je vais définir les différents types de dépendances, ainsi que les termes qui y sont associés. J'identifierai ensuite quelques facteurs de rechute possibles.

Une fois les principes généraux posés, j'aborderai, d'un point de vue théorique, les différents modes d'intervention auprès des personnes toxicodépendantes. Cela signifie que je vais parler des différentes manières de travailler avec elles, notamment avec les médicaments, les thérapies communautaires et individuelles.

Ensuite, pour parler de l'organisation de l'intervention, je développerai également la notion de « relation d'aide », qui est essentielle dans le champ du travail social. Pour ce faire, je décrirai l'entrevue motivationnelle, le contrat thérapeutique ainsi que la prévention de la rechute. Cela me permettra également de décrire les composants du projet d'accompagnement, souvent assimilés au contrat thérapeutique. J'expliquerai aussi quel est le rôle que devrait avoir l'intervenant en toxicomanie lorsqu'il œuvre auprès de personnes souffrant d'un problème de dépendance.

Finalement, afin de pouvoir répondre à ma question initiale et de manière à l'approfondir, je rédigerai une analyse en m'appuyant sur plusieurs entretiens que j'aurai menés auprès d'intervenants en toxicomanie dans diverses structures romandes. Une synthèse de celle-ci suivra et mettra en perspective les concepts théoriques définis dans la première partie avec la réalité vécue par les professionnels sur le terrain.

Mon texte s'achèvera en présentant quelques pistes d'action professionnelles que j'ai envisagées, un bilan personnel suite à ce travail ainsi qu'une conclusion contenant les interrogations qui me sont apparues suite à cette rédaction.

Partie I : Concepts

1 La toxicodépendance

Aussi appelée toxicomanie elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un état de dépendance physique ou psychique, ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci* »¹.

Il existe différents types de personnes toxicomanes : celles qui consomment de la drogue occasionnellement et de manière plutôt récréative et celles qui présentent une réelle dépendance aux substances. La divergence entre ces deux groupes de personnes est que dans le premier cas les individus conservent tout de même une certaine liberté dans son quotidien, tandis que dans le second l'organisation de leur vie et de leur quotidien est centrée autour de la procuration et de la consommation du produit.

Selon le Centre l'Étape au Québec (centre communautaire d'intervention en dépendance)

*« la dépendance se définit par l'état résultant de l'absorption périodique ou continue d'une drogue (...) c'est l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives »*².

À travers cette définition je peux constater que la vie quotidienne des personnes toxicodépendantes est entièrement vouée au produit, au détriment d'autres activités, et qu'il leur est impossible de s'en passer. Cette manière d'être correspond d'ailleurs à l'un des sept critères de la dépendance cités dans le DMS-IV-TR (2003)³. En effet, celui-ci parle de l'abandon ou de la diminution de multiples activités dus à la consommation de produits psychotropes. La définition donnée par le Centre l'Étape au Québec est passablement semblable à celle de l'OMS, cependant elle semble plus précise. En effet, elle met en évidence l'idée d'un « *désir puissant* » qui démontre bien que pour s'en sortir

¹ DR. AUBERT CH. et DR. BEAUPLET A. « La toxicomanie ». *L'éducation au service de la santé*. [en ligne]. < <http://www.prevention.ch/latoxicomanie.htm> >. Consulté le 13 octobre 2012.

² CENTRE COMMUNAUTAIRE D'INTERVENTION EN DÉPENDANCE. « Les drogues : généralités & définitions ». *Drogues & Psychotropes*. [en ligne]. < <http://www.etape.qc.ca/drogues/> >. Consulté le 13 octobre 2012.

³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Paris : Masson. 2003. 1064 p.

tout n'est pas uniquement une question de volonté. Je pense que cet élément manque à la définition de l'OMS et peut parfois amener les gens à penser qu'il est « simple » de sortir d'une dépendance. En effet, on a l'impression qu'il suffit que les personnes toxicodépendantes aient envie de cesser de consommer pour que le changement de comportement opère. Cependant, en inscrivant la dépendance dans le DMS-IV-TR (2003)⁴, on lui reconnaît le statut de maladie, ce qui semble primordial.

1.1 Dépendance physique et psychologique

Le Centre l'Étape au Québec⁵ explique clairement la distinction entre ces deux formes de dépendances.

La dépendance physique se traduit par ce que les professionnels appellent un état de manque, que les toxicomanes ressentent au niveau organique lorsqu'ils cessent de consommer le produit. Cette réaction de l'organisme s'explique par le fait que celui-ci s'est adapté à la substance et qu'en l'absence de cette dernière, les symptômes de manque apparaissent. L'état de manque est généralement « [...] *caractérisé par des vomissements, des crampes, une angoisse intense, etc.* »⁶. Les manifestations peuvent différer d'un psychotrope à l'autre, pourtant les personnes toxicomanes disent souvent ressentir des douleurs dans les muscles et avoir froid.

La dépendance psychologique, nommée « craving »⁷ en anglais, se définit par le sentiment de nécessité de prendre de la drogue ou de l'alcool. Les personnes sont obsédées par cette dernière si bien qu'elles ne pensent qu'à une chose : en trouver et en consommer. D'ailleurs, les intervenants en toxicomanie ainsi que les personnes toxicodépendantes « *décrivent souvent ces fortes envies comme un adversaire redoutable de la guérison conduisant à la persistance des troubles addictifs.* »⁸.

Je tiens à souligner le fait que lorsque les personnes souffrent de toxicodépendance, un sevrage sera nécessaire afin d'aller mieux. Selon les dires de Jutras-Aswad, Bruneau et Hurd (2009), « *après quelques heures d'abstinence peut se développer un syndrome de*

⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Ibid.*

⁵ CENTRE COMMUNAUTAIRE D'INTERVENTION EN DÉPENDANCE. < www.etape.qc.ca/drogues >. Consulté le 13 octobre 2012.

⁶ *Ibid.*

⁷ Son origine se trouve dans le traitement de l'alcool-dépendance.

⁸ MARLATT A. G. et WITKIEWITZ K. « Prévention de la rechute dans les problèmes d'alcool et de drogue ». In : MARLATT A. G. et DONOVAN D. M. [sous la dir.] (Médecine et Hygiène). *Prévention de la rechute – Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. 2008. p. 39.

sevrage, caractérisé par des symptômes physiques et psychologiques souvent intolérables qui contribuent à la difficulté de rester abstinent à court terme. »⁹.

O'Connor et al (2003) apportent quelques explications au sujet de la stratégie du sevrage qui « *consiste à diminuer progressivement la médication, soit en remplaçant un médicament par un autre possédant une longue demi-vie, soit par la réduction du dosage* »¹⁰. Ce principe, « longue demi-vie », coïncide avec la durée nécessaire pour qu'à la suite de la prise du médicament sa concentration soit réduite de moitié. Le but de ce paramètre est de faire en sorte que les personnes prenant des médicaments puissent espacer leurs absorptions au cours de la journée. Cela est possible car les effets dureront plus longtemps dans le corps comparé à des traitements à « demi-vie courte », avec lesquels les effets sont immédiats et limités dans le temps. O'Connor et al (2003) expliquent également que le sevrage « *s'effectue selon une courbe négative exponentielle où l'atteinte du dosage final représente la plus grande difficulté pour le client* »¹¹. Le « dosage final » est en réalité le moment où les médicaments de substitution, tels que la méthadone, ne seront plus distribués, le sevrage ayant atteint le degré zéro.

1.2 Tolérance ou accoutumance

Selon le site internet « La Toxicomanie »¹², j'apprends que ce phénomène s'explique par la nécessité des individus à accroître la quantité de substance afin d'éprouver les mêmes effets du produit. La tolérance constitue le premier critère de dépendance du DSM-IV-TR (2003) et est définie comme suit : « [...] a. *Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.* »¹³. En effet, le corps s'étant en quelque sorte « habitué » à la substance, d'où le terme tolérance, l'effet recherché n'est donc plus obtenu.

1.3 Comment en arrive-t-on là ?

Tout d'abord il est important de préciser, comme le fait le Centre l'Étape au Québec (1997), que la toxicodépendance s'avère être « *une problématique multidimensionnelle parce qu'elle a des répercussions sur la santé physique et mentale des individus, sur leur*

⁹ JUTRAS-ASWAD D., BRUNEAU J. et HURD Y. L. « Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention ». *Drogues, santé et société*. Vol. 8. N° 2. 2009. pp. 34 – 35.

¹⁰ O'CONNOR K. et al. « Évaluation d'un programme d'aide au succès de sevrage des benzodiazépines ». *Revue Santé mentale au Québec*. Vol. 28. N° 2. 2003. p. 123.

¹¹ *Ibid.* p. 123.

¹² DR. AUBERT CH. et DR. BEAUPLÉ A. < <http://www.prevention.ch/latoxicomanie.htm> >. Consulté le 13 octobre 2012.

¹³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Ibid.* p. 227.

vie économique et sociale »¹⁴. De plus, l'entourage étant aussi affecté, les personnes rencontreront des difficultés conséquentes dans leurs relations.

Cette chronique du Centre l'Étape au Québec relève également que la toxicomanie est fortement liée, d'une part au contexte social et d'autre part au vécu de l'individu, à ses prédispositions personnelles. Je constate donc que « *L'abus de substances ne survient pas de manière isolée et de ce fait, doit être considéré dans le contexte de vie élargi de l'individu.* »¹⁵. Bien souvent ces personnes se sont retrouvées dans des situations difficiles telles que la précarité, le chômage, la maladie, la souffrance, la violence, etc. Si des personnes connaissent l'une ou l'autre de ces situations et qu'elles ne sont pas, ou peu, soutenues par leur entourage, il y a des risques qu'elles cherchent un moyen d'oublier leurs soucis en prenant des drogues. Bien entendu, cela n'est pas une cause linéaire car il n'y a pas que les facteurs sociaux qui font que les individus développent une dépendance ; leurs facteurs personnels étant également importants. À mes yeux le contexte social dans lequel vivent les personnes, comme par exemple devoir faire face à des situations difficiles en l'absence de leur entourage et avoir un accès limité à des réseaux d'aide, peut avoir un impact majeur sur la première prise de psychotropes.

En ce qui concerne les « raisons » qui font que des personnes deviennent toxicodépendantes, ce Centre parle notamment d'une fréquentation avec d'autres consommateurs de drogues ou d'une mauvaise gestion d'événements inattendus (accidents, rupture, décès, échecs, etc). La première prise de psychotropes peut également être expliquée par la curiosité de goûter à une nouveauté, qui peut devenir une habitude par la suite. Il faut être conscient que même si au départ cela est peut-être uniquement pour essayer, pour oublier quelque chose ou autre, une fois que l'assuétude est présente « [...] *il est difficile de considérer la consommation comme un simple choix ou un manque de volonté ; on parle plutôt de cercle vicieux.* »¹⁶.

¹⁴ COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. « La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action ». [en ligne]. < <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/consu96.pdf> >. Consulté le 13 octobre 2012.

¹⁵ KILMER J. R., CRONCE J. M. et PALMER R. S. « Prévention de la rechute pour les substances consommées dans les contextes festifs, pour les hallucinogènes, les substances inhalées et les stéroïdes ». In : MARLATT A. G. et DONOVAN D. M. [sous la dir.] (Médecine et Hygiène). *Prévention de la rechute – Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. 2008. p. 278.

¹⁶ COURNOYER L-G ET ROY R. « Pour une approche intégrée de la relation d'aide en toxicomanie ». In : LEBLANC L., SÉGUIN M. [sous la dir.] (Logiques). *La relation d'aide : concepts de base et interventions spécifiques*. 2001. p. 326.

2 La rechute

Tout d'abord, je tiens à relever qu'il m'a été difficile de définir ce concept car il est peu décrit, bien que le terme soit fréquemment utilisé. En effet, les auteurs parlent souvent de rechute, cependant ils ne l'explicitent pas concrètement, partant de l'hypothèse que chacun sait de quoi il s'agit.

Si je cherche la définition de ce terme dans le dictionnaire Larousse, je peux y lire deux définitions :

1. « *Reprise évolutive d'une maladie qui était en voie de guérison.*
2. *Action de retomber dans un mal, dans une mauvaise habitude.* »¹⁷

Je trouve cette définition intéressante car le dictionnaire décrit le phénomène de rechute sous l'angle de la morale alors que la dépendance est définie comme une maladie. Étant donné que les deux sont extrêmement liées, cela peut paraître étrange. Il est donc important de noter qu'il existe de nombreux avis sur la question de la rechute. Dans cette optique je peux constater que la plupart des gens considèrent les personnes qui rechutent comme n'ayant aucune volonté, et pourtant !

Dans le cas de ma problématique, je pense que je peux regrouper ces deux significations pour expliquer ce qu'est la rechute aux yeux des personnes toxicodépendantes.

Vavassori et al (2003)¹⁸, expliquent qu'à partir du moment où les personnes absorbent à nouveau des psychotropes, de nombreux processus se réactivent dans le cerveau. De ce fait, elles se sentiront comme prises au piège et le cercle vicieux de la dépendance recommencera. Les toxicodépendants vont alors se dévaloriser, s'interroger par rapport à leurs soutiens extérieurs et auront l'impression de se trouver face à une situation insurmontable, dont le seul moyen pour aller mieux est de consommer. Cela montre bien à quel point le produit peut-être utilisé comme moyen d'automédication par les personnes toxicomanes.

Comme le font remarquer Marlatt et Witkiewitz (2008), « *Une des issues possibles, à la suite de l'écart initial, est de retourner au comportement problématique (rechute).* »¹⁹.

¹⁷ MERLET PH. et BERÈS A. [sous la dir.] « Le Petit Larousse 2003 » Paris : Larousse. 2002.

¹⁸ VAVASSORI D. et al. « Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition ». *Psychotropes*. Vol. 9. 2003. pp. 83 – 101.

¹⁹ MARLATT A. G. et WITKIEWITZ K. *Ibid.* p. 22.

Selon l'Office fédéral de la santé publique, « *la personne qui rechute n'échoue pas sur toute la ligne, car souvent des progrès essentiels restent acquis* »²⁰ et il est impossible de prédire le déroulement d'un traitement²¹ étant donné qu'il dépend en grande partie de l'individu qui l'entreprend.

2.1 Types de rechute

Comme le relève Caiata Zufferey (2007)²², les mentalités ont évolué en ce qui concerne la guérison de la toxicodépendance. Par le passé, il fallait être abstinent pour pouvoir affirmer ne plus être dépendant, alors que depuis 1991, année durant laquelle s'est développée la politique de réduction des risques, ce concept a été nuancé. De ce fait, je pourrais également dire que la notion de « rechute » a, elle aussi, changé au gré des perceptions individuelles des professionnels principalement. Alors que certains parlent de rechute dès qu'il y a reconsommation suite à un arrêt prolongé de prise de drogue, d'autres n'en parlent qu'à partir du moment où la prise de drogues est équivalente à celle d'avant. Je peux donc mettre en parallèle ces deux pensées avec celles du dictionnaire Larousse :

1. « *Reprise évolutive d'une maladie qui était en voie de guérison.*
2. *Action de retomber dans un mal, dans une mauvaise habitude.* »²³.

La première définition rejoint l'idée que l'on peut parler de rechute lorsque les personnes reprennent du produit, quelle que soit la quantité, alors que la seconde s'accommoderait plus au fait de n'en parler que lorsque celles-ci reviennent à leur ancien mode de fonctionnement, pour autant que l'on juge que la prise de drogue est mal.

Les travaux de Haug, Sorensen, Gruber et Song (2008), montrent une différence possible entre la rechute et le dérapage.

« La rechute correspond généralement à l'utilisation d'une substance telle que l'héroïne après au moins une semaine d'abstinence, ou à un jour de consommation intense pendant une période durant laquelle l'individu a été abstinent et a essayé de

²⁰ OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. « La toxicomanie n'est pas une voie sans issue. La plupart des toxicomanes s'en sortent ». *Drogue : rester lucide*. [en ligne]. < <http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html> >. Consulté le 13 octobre 2012.

²¹ Lorsque j'utilise le terme « traitement », j'entends en réalité tout ce que peuvent entreprendre les personnes toxicomanes pour se soigner. Ce peut être au niveau psychologique (thérapies individuelles, communautaires, familiales, ...), au niveau médicamenteux par rapport à leurs maladies (virus, hépatites, ...) ou à leur sevrage (traitement de substitution).

²² CAIATA ZUFFEREY M. « Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques ». *Psychotropes*. Vol. 11. N° 1. 2007. pp. 55 – 72.

²³ MERLET PH. et BERÈS A. *Ibid.*

maintenir une abstinence. Les dérapages ou les écarts de consommation, sont des épisodes limités de consommation, que l'on distingue des rechutes complètes. »²⁴.

L'important est que *« Chaque écart de consommation et chaque rechute sont une opportunité riche en enseignement de comprendre ce qui a conduit à cet événement, et de déterminer les faiblesses dans le plan de PR²⁵ d'un client. »²⁶.*

Étant donné que, grâce à la redéfinition de la politique des quatre piliers par l'OFS, la notion d'abstinence n'est plus aussi primordiale aux yeux de la société ou de certains acteurs, c'est celle de la consommation modérée, ou contrôlée, qui a fait son entrée. D'ailleurs il semble important de relever que les objectifs seront différents selon le but final qui est visé (abstinence totale, amélioration de la qualité de vie, consommation contrôlée, soutien médicamenteux approprié, ...).

En effet, l'accompagnement ne sera pas le même si le but visé est l'abstinence ou s'il est d'aboutir à une consommation contrôlée.

« Par consommation contrôlée, on entend une consommation selon un plan ou des règles (quantité, fréquence ou cadre) préétablies par la personne concernée, de manière plus ou moins autonome selon la situation. »²⁷.

On retrouve ici un processus tel que décrit par Becker (1963), traduit par Briand et Chapoulie (1985), les entrepreneurs de morale ont un impact important sur la considération d'un acte comme étant problématique ou non.

Pour lui, il en existe deux catégories : *« [...] ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer. »²⁸*. Lorsque quelqu'un décide de définir une norme, il *« n'a pas seulement le souci d'amener les autres à se conduire « bien », selon son appréciation. Il croit qu'il est bon pour eux de « bien » se conduire. »²⁹*. Pour parvenir à ériger une norme, *« Il faut que la population ait été persuadée que quelque chose doit être fait à ce sujet. »³⁰*. À partir du moment où la règle sera instaurée, la seconde catégorie des entrepreneurs de

²⁴ HAUG N. A., SORENSEN J. L., GRUBER V. A. et SONG Y. S. « Prévention de la rechute pour la dépendance aux opiacés ». In : MARLATT A. G. et DONOVAN D. M. [sous la dir.] (Médecine et Hygiène). *Prévention de la rechute – Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. 2008. p. 194.

²⁵ PR = Prévention de Rechute. Modalité de traitement ayant pour but de prévenir ou de diminuer les rechutes, abréviation utilisée par Haug & al. (2008).

²⁶ HAUG N. A., SORENSEN J. L., GRUBER V. A. et SONG Y. S. *Ibid.* p. 197.

²⁷ RITTER C. et BROERS B. « Consommation contrôlée : des outils pour le praticien ». *Flash addiction*. N° 11. 2008. p. 5.

²⁸ BECKER H. S. (traduit par BRIAND J.-P. et CHAPOULIE J.-M.). *Outsiders – Études de sociologie de la déviance*. Paris : A.-M. Métailié. 1985. p. 171.

²⁹ *Ibid.* p. 172.

³⁰ *Ibid.* p. 186.

morale vérifiera qu'elle soit respectée par tout un chacun. Si tel n'est pas le cas, l'acte sera considéré comme étant une transgression. C'est pour cette raison que l'OFS a joué un rôle primordial avec la politique des quatre piliers, car il a démontré que l'abstinence n'était plus la seule issue possible.

Pour ce qui est de la consommation de drogues, il existe des règles et des lois signifiant que cela est illégal et doit être puni. Que les personnes les ingèrent quotidiennement ou de manière contrôlée, le fait qu'elles consomment des substances illicites feront d'elles des personnes déviantes aux yeux de la norme. Étant donné que c'est la société qui est à l'origine des lois, le constat suivant peut être émis : c'est elle qui qualifie le caractère déviant ou non des comportements.

2.2 Facteurs de rechute

Cassen et Delile (2007)³¹ évoquent un facteur possible de rechute en se référant aux travaux de Barrowclough et Hooley (2003). Selon eux, si la famille et les proches blâment souvent les personnes qui souffrent de dépendance, en leur reprochant d'être les seules responsables de leur « maladie », cela peut favoriser la récurrence. Ils relèvent toutefois que ce jugement de responsabilité unique, envers les personnes plutôt qu'envers leur trouble, peut s'expliquer par un manque d'information et de compréhension de ce dernier.

O'Farrell et Hooley (1998), cités par Cassen et Delile (2007)³², mettent en perspective ces accusations (manque de volonté), ciblées sur les toxicodépendants, avec la culpabilité présente chez les parents. Ces derniers auraient en fait l'impression de ne pas avoir agi comme il le fallait dans le passé et, au lieu de s'incriminer, ils rejettent la faute sur autrui car cela est bien plus facile.

Par ailleurs, comme le disent Vavassori et al (2003), « *la rechute fait partie du processus et est corrélée à l'ennui, à l'isolement, aux situations de stress, rendant difficile la stabilisation* »³³. Cela signifie qu'il est difficile d'arriver à maintenir une abstinence totale durant le processus de changement.

Selon Brisson (2000), également cité par Vavassori (2003), de nombreux éléments peuvent illustrer en partie la rechute. Pour lui ce phénomène « *n'est pas seulement la marque d'un fonctionnement externe d'essai et d'erreur, comme le présentent les*

³¹ CASSEN M. et DELILE J-M. « Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives » *Psychotropes*. Vol. 13. N° 3 – 4. 2007. pp. 229 – 249.

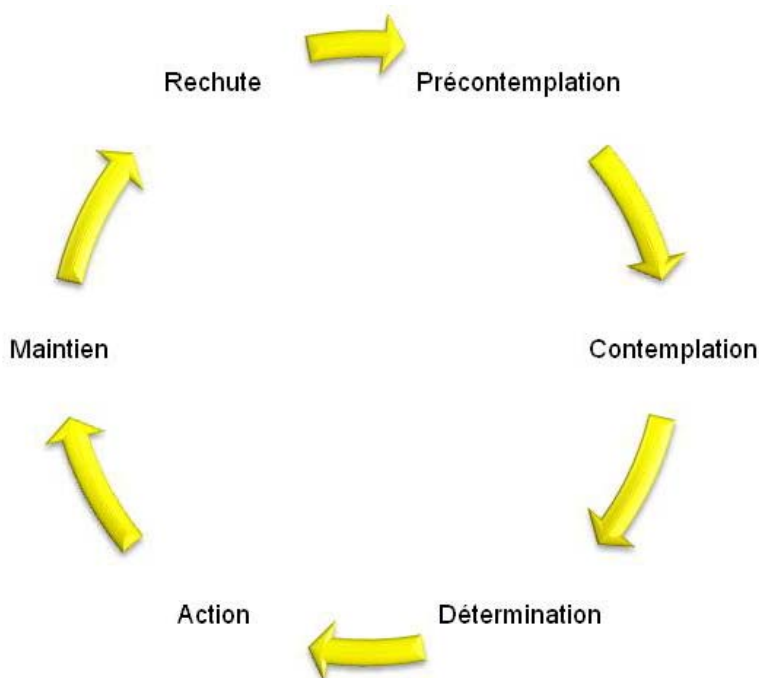
³² *Ibid.* pp. 229 – 249.

³³ VAVASSORI D. et al. *Ibid.* p. 89.

approches comportementales »³⁴. Il expose donc plusieurs facteurs pouvant être à l'origine de la récurrence : l'anxiété du passé, la nécessité d'occuper un temps à présent libre, une nostalgie, ainsi qu'un manque engendré par la cessation des habitudes liées à la prise de psychotropes.

2.3 Stades de changement

Cungi (2006)³⁵ parle du modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente (1984). Ceux-ci avaient étudié les étapes par lesquelles passaient les personnes qui entament un processus de changement. Afin d'illustrer ce cheminement, j'ai réalisé le graphique suivant :



Au cours de la première étape, celle de la précontemplation, les professionnels se trouvent face à une personne présentant une dépendance « [...] *mais qui ne sait pas qu'il s'agit d'un problème ou qui pense que ce n'est pas un problème prioritaire* [...] »³⁶. L'intervenant devra donc faire en sorte que celle-ci prenne conscience de sa difficulté, à l'aide de l'entretien motivationnel par exemple.

Lors du second stade, l'utilisateur « [...] *reconnaît son problème de dépendance comme important, il a généralement envie de s'en sortir mais ne s'en sent pas capable*. »

³⁴ VAVASSORI D. et al *Ibid.* p. 90.

³⁵ DR. CUNGI C. *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz. Collection Savoir-faire psy. 2006. 286 p.

³⁶ *Ibid.* p. 188.

L'ambivalence est maximale. »³⁷. Dans ce cas, le professionnel devra essayer de faire accroître la motivation au changement chez la personne.

Dans le stade suivant, celui de la détermination, la personne sera de plus en plus motivée à entrer dans une démarche de changement afin d'améliorer sa qualité de vie. Afin de conserver cette envie, l'intervenant tâchera de lui « [...] *apporter une ou des perspectives nouvelles, et des méthodes de traitement avec comme objectifs de développer l'espoir, les attentes d'efficacité et la détermination.* »³⁸.

Lorsque la personne se trouve dans l'action, cela signifie qu'elle applique différentes méthodes dans le but de modifier son comportement problématique. Il sera important que le professionnel lui apporte son appui et l'encourage dans sa démarche en relevant les progrès accomplis.

Vient enfin le stade du maintien qui s'effectue principalement « [...] *à l'aide des méthodes de prévention de la rechute* [...] »³⁹.

Comme on peut le constater sur le graphique, la rechute fait partie intégrante du processus de changement. Comme ce modèle est cyclique, cela signifie qu'à tout moment la personne peut revenir à un stade antérieur, sans pour autant perdre les ressources et expériences acquises au cours du processus. Lorsque la personne rechute, l'intervenant essaiera de tenir les quatre objectifs suivants :

- « 1. *renforcer l'alliance thérapeutique en développant l'empathie* [...] ;
2. *poser le problème de manière réaliste, sans minimiser ni maximaliser* ;
3. *mettre au point avec une analyse fonctionnelle une conduite à tenir individualisée en « urgence »* [...] ;
4. *réévaluer les méthodes de maintien [...] afin de réduire le risque ultérieur.* »⁴⁰.

³⁷ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 188.

³⁸ *Ibid.* p. 197.

³⁹ *Ibid.* p. 188.

⁴⁰ *Ibid.* p. 207.

3 Modes d'intervention

3.1 Traitements de substitution, thérapies communautaires

Selon la programmation clinique du programme toxicomanie-santé mentale⁴¹ du Centre Dollard-Cormier de Montréal, « [...] il est possible d'envisager trois types de finalités : la stabilisation, l'amélioration et le rétablissement. »⁴². Bien évidemment, avant de développer ces trois paliers, il est important de préciser que ceux-ci correspondent à des degrés différents de traitement de la toxicodépendance.

« La stabilisation vise à pallier les processus de détérioration sur les plans physique, social et mental. Il s'agit, en fait, de réduire, restreindre ou interrompre ces processus. »⁴³. Pour ce qui est de l'amélioration, comme son nom l'indique le but est d'accompagner les personnes toxicodépendantes afin qu'elles se rétablissent rapidement, qu'elles reprennent des forces. Je peux donc émettre le constat que « tant qu'une forme de stabilité ne s'est pas installée. »⁴⁴, il n'est pas nécessaire de travailler sur les autres objectifs tels que l'amélioration de la situation ou le rétablissement. Pour cette dernière possibilité, il faut que les personnes aient déjà effectué un certain avancement par rapport à leur réadaptation. Dans cette situation « Il s'agit d'élargir, de développer et d'intégrer de nouvelles façons d'être en contact avec soi-même et avec les autres. »⁴⁵. Quant à leur consommation, les personnes désireuses d'un rétablissement devront donc viser l'abstinence ou la consommation contrôlée.

Selon Gestin (2009)⁴⁶, dans les années 1960, aux États-Unis les moyens de prise en charge des personnes toxicodépendantes se sont développés autour de deux axes. Ils essayaient de soigner les personnes soit à l'aide de médicaments de substitution, tels que la méthadone, administrés sous contrôle médical, soit avec des thérapies communautaires dans lesquelles les drogues étaient totalement supprimées.

Pour ce qui est de la méthadone, il est important de préciser qu'elle « [...] présente les mêmes effets que l'héroïne sur les récepteurs d'opiacés, de sorte qu'il est peu probable

⁴¹ COURNOYER L-G ET ROY R. *Ibid.*

⁴² *Ibid.* p. 332.

⁴³ *Ibid.* p. 332.

⁴⁴ COURNOYER L-G ET ROY R. *Ibid.* p. 333.

⁴⁵ *Ibid.* p. 333.

⁴⁶ GESTIN PH. « Les communautés thérapeutiques Teen Challenge : une présence religieuse en toxicomanie ». *Psychotropes*. Vol. 15. N° 2. 2009. Pp. 77 – 97.

que les patients ressentent un besoin physique de consommer [...] »⁴⁷, de ce fait elle est un très bon moyen de substitution.

À travers l'approche des thérapies communautaires, qui porte le nom de « community health mental center », sera développé « *un mode d'intervention qui envisage de couvrir l'ensemble de la sphère sociale avec les concepts de préventions primaire (prévention), secondaire (soins) et tertiaire (accompagnement)* »⁴⁸. Effectuer une thérapie dans une structure résidentielle est parfois plus appropriée car elle « *[...] fournit non seulement un environnement contrôlé, mais aussi un soutien psychosocial et une imprégnation de la culture d'abstinence.* »⁴⁹.

Étant donné que la toxicodépendance s'avère être une problématique plutôt complexe, il est assez ardu de définir une prise en charge applicable à toutes personnes dépendantes aux divers psychotropes. Rossier et al (2009), qui ont créé « *un programme de psychothérapie des addictions qui s'adresse spécifiquement aux personnes toxicodépendantes* »⁵⁰, proposent une manière d'intervenir auprès des toxicomanes. Tout d'abord ils pensent qu'il est essentiel de se centrer sur les soins en cherchant à réduire, ou même supprimer, toute prise de substances psychotropes. Il faut également traiter des difficultés, physiques et psychologiques notamment, liées directement aux produits. Une fois que cela est fait, la psychothérapie semblerait être une bonne méthode afin de permettre à l'individu de reconstituer son identité et de redonner un sens à sa vie. Bien que les intervenants en toxicomanie ne soient pas tous psychothérapeutes, cela n'enlève en rien à leur rôle. En effet, ils seront tout de même présents au quotidien pour accompagner les personnes toxicomanes à retrouver un rythme de vie et y redonner du sens. Les psychothérapeutes seraient donc plutôt là pour travailler en profondeur par rapport à la famille, à l'enfance ou à d'autres sujets jugés trop sensibles pour être abordés avec les intervenants.

Je peux constater que les deux axes développés dans les années 1960 sont toujours présents aujourd'hui, même s'il se peut qu'en pharmacologie il y ait eu quelques légères modifications. D'ailleurs pour Haug, Sorensen, Gruber et Song (2008), si je me place « *Du point de vue de la PR, les médicaments sont le complément le plus utile des*

⁴⁷ HAUG N. A., SORENSEN J. L., GRUBER V. A. et SONG Y. S. *Ibid.* p. 209.

⁴⁸ GESTIN PH. *Ibid.* p. 84.

⁴⁹ HAUG N. A., SORENSEN J. L., GRUBER V. A. et SONG Y. S. *Ibid.* p. 207.

⁵⁰ ROSSIER V. et al. « La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes ». *Psychothérapies*. Vol. 29. N° 2. 2009. p. 91.

traitements psychosociaux et comportementaux. »⁵¹. À leurs yeux les traitements pharmacologiques « *peuvent fournir un soutien pour faire face aux fortes envies face à des situations à haut risque, et sont aussi une alternative légale à l'utilisation illicite d'opiacés.* »⁵².

3.1.1 Narcotiques Anonymes (NA)

Les Narcotiques Anonymes

*« [...] constituent le groupe d'entraide le plus répandu pour les dépendants d'opiacés aux Etats-Unis. [...] Une participation active à un groupe axé sur les 12 étapes, un travail sur chacune des 12 étapes, et la soumission à une puissance supérieure sont des éléments essentiels au maintien de l'abstinence selon cette approche. »*⁵³.

Ces groupes ressemblent aux thérapies communautaires, cependant ils ne sont encadrés par aucune structure résidentielle ni même par un professionnel. Cette association est donc « *[...] composée d'hommes et de femmes pour qui la drogue était devenue un problème majeur.* »⁵⁴. Ce sont eux qui gèrent et organisent les moments d'échanges entre personnes toxicodépendantes désireuses d'arrêter leur consommation.

3.2 Thérapies cognitivo-comportementales⁵⁵

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) font parties des principales méthodes d'intervention employées lorsque l'on travaille avec des personnes toxicodépendantes. Elles se réalisent sur des temps, en principe, assez courts et travaillent sur « l'ici et maintenant ». Cela signifie qu'elles se concentrent sur le présent sans trop se préoccuper du reste. Il est important de se focaliser sur le présent, sur les problèmes actuels des personnes, plutôt que sur des événements passés, même s'il se peut que ceux-ci aient amené les usagers à consommer. En effet, les difficultés antérieures ne pourront plus être résolues, tandis qu'en travaillant sur celles qui affectent actuellement les usagers, il sera peut-être possible d'entrevoir une solution et de mettre en place diverses stratégies. Cela permettra aux personnes toxicodépendantes d'expérimenter

⁵¹ HAUG N. A., SORENSEN J. L., GRUBER V. A. et SONG Y. S. *Ibid.* p. 211.

⁵² *Ibid.* p. 208.

⁵³ *Ibid.* p. 207.

⁵⁴ NARCOTIQUES-ANONYMES. « Problème de drogue ? Narcotiques anonymes peuvent vous aider ! ». [en ligne]. < www.narcotiques-anonymes.ch >. Consulté le 13 octobre 2012.

⁵⁵ HORWITZ M. « Ch. IV : Les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies systémiques ». *Courants et pratiques psy*. Paris : Larousse. L'univers psychologique. 2007. pp. 171 – 234.

directement les nouveaux comportements identifiés avec le professionnel au cours des séances.

Ce qu'il est primordial de rappeler ici c'est que seules les personnes sont maîtres de leur vie personnelle. Elles doivent donc être au centre de tous les changements et le professionnel ne doit en aucun cas agir pour ces dernières. Il doit uniquement les guider et les aider à prendre leurs responsabilités.

« [...], le modèle cognitivo-comportemental est centré sur une réponse individuelle face à une situation à haut risque. Les composants incluent l'interaction entre les facteurs de risques personnels (affect, capacité à faire face, sentiment d'efficacité personnelle, attentes des effets positifs du produit) et les facteurs de risque environnementaux (influences sociales, accès à la substance, exposition au stimulus). »⁵⁶.

Comme son nom l'indique, la TCC est une approche dans laquelle l'intervention tient compte à la fois des comportements, du schéma cognitif et des émotions. Afin de mieux cerner ce type de suivi il est important de préciser certains éléments en lien avec les théories comportementalistes et cognitives.

3.2.1 Behaviorisme

« Skinner, fondateur du behaviorisme radical et de l'analyse expérimentale du comportement, a identifié le conditionnement opérant, processus d'apprentissage et de modification des conduites basé sur les conséquences. »⁵⁷. Il était arrivé à la conclusion que si les effets des agissements entrepris se révélaient être positifs, les personnes se sentiraient comme renforcées dans leur acte ; et que si au contraire ceux-ci s'avéraient néfastes, les individus réduiraient, voire cesseraient, leur comportement. Skinner avait donc souligné l'importance qu'accordent les gens aux réactions de leur entourage et du contexte dans lequel ils évoluent.

Dans le cadre de la toxicodépendance, cela voudrait dire que les personnes toxicomanes qui souhaitent changer et arrêter de consommer, vont accorder de l'importance aux regards des autres et aux conséquences qu'engendrent leurs modifications de comportements. Par exemple, si en stoppant les prises de drogues elles reçoivent les félicitations et les encouragements de leur entourage et qu'elles arrivent à trouver un bon moyen de substitution pour ne pas trop ressentir l'effet de manque, elles continueront leur

⁵⁶ MARLATT A. G. et WITKIEWITZ K. *Ibid.* p. 22.

⁵⁷ HORWITZ M. *Ibid.* p. 176.

démarche. Par contre, si leurs amis, souvent eux aussi dans la consommation, les abandonnent et qu'elles ne se sentent vraiment pas bien physiquement, elles risqueront de reprendre leur comportement précédent. Bien entendu cela ne se déroule pas toujours ainsi, cependant, comme l'expliquait Skinner, l'issue dépend en grande partie des réactions de l'environnement : récompense et encouragement ou alors punition.

3.2.2 Thérapie sociale cognitive

La thérapie cognitive, développée par Beck dans les années 1960, est « [...] une approche active qui aide les patients à reconnaître les pensées qui apparaissent dans différentes situations et les croyances négatives qui exacerbent la souffrance émotionnelle. »⁵⁸.

Les croyances des individus, également appelés schémas cognitifs, « [...] s'élaborent à partir des expériences vécues au cours de la vie. »⁵⁹ (2006). Young, Klosko et Weishaar (2003), dans leur définition du schéma cognitif, disent qu'il est entre autre « [...] constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles, concernant soi-même et ses relations avec les autres [...] dysfonctionnel de façon significative. »⁶⁰. Ils affirment également que ceux-ci « [...] jouent un rôle majeur dans la façon qu'ont les patients de penser, de ressentir, d'agir et d'entrer en relation avec les autres [...] »⁶¹.

Young, Klosko et Weishaar (2003) ont constaté que « La plupart du temps les patients n'ont jamais remis leurs schémas en question : ils les acceptent en tant que vérités absolues établies pour la vie. »⁶². Cependant, grâce à la thérapie cognitive ils vont pouvoir contester ces schémas et prendre conscience des comportements réflexes qui surviennent dans certaines situations types, afin de chercher d'autres alternatives à mettre en place. Car en réalité, le comportement qu'entreprennent les individus est une réaction aux schémas cognitifs et ils sont tous deux intimement liés. C'est pour cette raison que Beck (1961) pensait que pour pouvoir changer un comportement il fallait, en plus de travailler sur ce dernier, modifier les croyances internes liées à celui-ci.

⁵⁸ TBCT. « Trial-Based Cognitive Therapy ». [en ligne].

< <http://trial-basedcognitivetherapy.com/index.php?lang=fr> >. Consulté le 13 octobre 2012.

⁵⁹ GESTION. « Modèle cognitif du développement de traits de personnalité inadaptés ». *Psychomédia*. [en ligne]. <<http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/modele-cognitif-du-developpement-de-traits-de-personnalite-inadaptes>>. Consulté le 13 octobre 2012.

⁶⁰ YOUNG J. E., KLOSKO J. S. et WEISHAAR M. E. (traduit par PASCAL B.). *La thérapie des schémas – Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck Université. 2005. p. 34.

⁶¹ *Ibid.* p. 36.

⁶² *Ibid.* p. 133.

Bien souvent, les personnes toxicodépendantes pensent qu'elles sont incapables de changer de comportement et se dévalorisent. Le but principal de cette thérapie consiste également à accompagner les personnes à changer les croyances (cognitions) erronées qu'elles détiennent. Comme elles ont tendance à croire qu'elles sont incompetentes pour agir seules, elles auront « [...] *tendance à surdévelopper des stratégies pour compter sur les autres et éviter les décisions et les défis importants.* »⁶³ (2006). C'est pour cette raison qu'en tant que professionnel il est important de travailler sur le développement de leur autonomie ainsi que sur la prise de décision.

De nombreux éléments sont également constitutifs de la thérapie cognitive, comme on peut le constater ci-dessous.

3.2.2.1 « Modeling »

C'est Bandura dans les années 1970, avec sa théorie sur l'apprentissage social, qui a démontré que « [...] *l'homme peut acquérir des comportements spécifiques ou ressentir des émotions en observant les autres.* »⁶⁴. Le « modeling » consiste, pour Bandura, dans le fait que tout le monde peut, en observant les personnes qui les entourent, reproduire les actions que celles-ci entreprennent. Pour cela, il faut également que les réactions de l'entourage, suite à un comportement, ne soient pas suivies d'une sanction négative mais associées à un gain potentiel. De ce fait, les personnes ayant observé la globalité du comportement, ainsi que ses conséquences aux yeux des autres, jugeront celui-ci bienveillant et le reproduiront. En résumé, pour Bandura les êtres humains apprennent en imitant ce qu'ils regardent, par « essais-erreurs », en tenant compte des gains potentiels obtenus suite à certains agissements.

« *La méthode qui produit les meilleurs résultats comprend trois phases :*

- *le modelage instructif*
- *le perfectionnement guidé des compétences*
- *le transfert de compétences des situations de travail.* »⁶⁵.

Pour la première phase⁶⁶, il s'agit en fait du découpage d'objectifs ou de compétences difficiles à acquérir en plusieurs petites étapes qui seront plus abordables pour les individus. « *Une fois que les apprenants ont compris les nouvelles compétences, ils ont*

⁶³ GESTION. <<http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/modele-cognitif-du-developpement-de-traits-de-personnalite-inadaptes>>. Consulté le 13 octobre 2012.

⁶⁴ HORWITZ M. *Ibid.* p.177.

⁶⁵ LECOMTE J. « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle ». *Savoirs*. Hors série. 2004. p. 75.

⁶⁶ *Ibid.* pp. 75 – 76.

besoin d'un guidage pour les améliorer. »⁶⁷, voilà en quoi consiste la seconde phase. Le professionnel est donc présent pour aider les personnes à se faire confiance et à croire en leurs propres aptitudes. Cela se fera en insistant sur les réussites réalisées ainsi que sur les avancements dans le programme et en essayant de travailler de manière constructive sur les difficultés rencontrées.

La dernière phase⁶⁸ signifie qu'il faut être vigilant au fait que certaines aptitudes, si elles ne sont pas considérées comme importantes dans la vie quotidienne, risquent d'être rapidement mises de côté.

Comme les personnes se trouvent dans une démarche de changement, elles vont devoir expérimenter diverses activités afin de réaliser qu'il est possible d'agir autrement. Elles devront aussi identifier leurs manières de réagir face aux situations qui se présentent à elles. Le professionnel tâchera de les aider à mieux appréhender leurs difficultés ainsi qu'à faire évoluer leurs pensées quant à leur capacité d'action, le tout dans un cadre sécurisé.

Lors des rencontres,

« Plus précisément, le client peut expérimenter différentes phases à l'égard de ses difficultés :

- *L'évitement ;*
- *Le refus de certaines idées produisant un inconfort ;*
- *L'émergence de la conscientisation ;*
- *La clarification du problème ;*
- *La compréhension du problème ;*
- *Le désir d'y travailler ;*
- *La solution du problème ;*
- *La maîtrise de la situation. »⁶⁹*

Il arrive de plus en plus fréquemment que les professionnels demandent aux usagers de réaliser certaines tâches dans leur vie quotidienne entre deux séances, comme le soulignent Goldfried & Castonguay (1992). *« Cette approche facilite l'acquisition des habiletés comportementales et la généralisation des apprentissages. »⁷⁰*.

⁶⁷ LECOMTE J. *Ibid.* p. 76.

⁶⁸ *Ibid.* pp. 76 – 77.

⁶⁹ LEBLANC L. « Le processus thérapeutique : le soutien, l'apprentissage et l'action ». In : LEBLANC L., SÉGUIN M. [sous la dir.] (Logiques). *La relation d'aide : concepts de base et interventions spécifiques*. 2001. pp. 47 – 48.

⁷⁰ *Ibid.* p. 49.

3.2.2.2 Stratégies de coping⁷¹

Ces stratégies, souvent utilisées dans les TCC, sont « *conçues pour réduire le danger ou obtenir une gratification dans une situation donnée (Lazarus, 1966)* »⁷².

Cela signifie que ce sont des stratégies soit pour « faire face », soit pour « s'accommoder » à une situation présente. Elles sont donc comparables à des stratégies d'ajustement devant être mises en place suite à l'apparition d'une situation stressante ou désagréable. Les réactions telles que la fuite, l'évitement ou la confrontation directe constituent, par exemple, des stratégies de coping comme le relevaient Marlatt et Witkiewitz (2008). « *Le fait de se concentrer sur le moment présent et d'observer en silence et accepter la détresse associée aux envies, au stress, ou aux affects négatifs, pourrait fournir aux personnes dépendantes des stratégies de coping efficaces et adaptées.* »⁷³.

3.2.2.3 Sentiment d'efficacité personnelle

Un autre aspect essentiel dans la thérapie cognitive pour Bandura est celui du sentiment d'efficacité personnelle. Selon lui « *les croyances d'efficacité personnelle constituent le facteur clé de l'action humaine.* »⁷⁴. Cela signifierait que

« *Les changements de comportement sont par conséquent toujours possibles. À deux conditions cependant : 1. que l'individu considère que ce comportement aboutira à un résultat effectif (attentes de résultats) ; 2. qu'il s'estime capable de produire lui-même ce comportement (attentes d'efficacité).* »⁷⁵.

Lecomte⁷⁶ (2004) explique que ce sentiment d'efficacité personnelle ne réside pas, pour Bandura, dans la quantité de compétences détenues par les personnes, mais dans la croyance pour ces dernières d'utiliser leurs capacités dans de multiples conditions afin d'atteindre un objectif donné. Selon que les individus aient un sentiment d'efficacité fort ou faible, leurs manières d'agir et d'appréhender les difficultés seront modifiées.

En effet, celles qui pensent être capables d'affronter différentes épreuves se démèneront pour atteindre leur but et se motiveront, même si elles se trouvent face à un échec. Cela les aidera d'autant plus à maintenir leur abstinence. Dans le cas contraire, où les individus n'ont pas confiance en leurs capacités d'atteindre l'objectif et ne se croient pas suffisamment compétents, ils abandonneront facilement lorsque la moindre difficulté

⁷¹ Vient de l'anglais « to cope » qui signifie « faire face ».

⁷² MARLATT A. G. et WITKIEWITZ K. *Ibid.* p. 33.

⁷³ *Ibid.* p. 37.

⁷⁴ LECOMTE J. *Ibid.* p. 60.

⁷⁵ HORWITZ M. *Ibid.* p. 60.

⁷⁶ LECOMTE J. *Ibid.* p. 60.

apparaîtra. De plus, lors d'insuccès, leur faible sentiment d'efficacité se renforcera et ils estimeront qu'ils avaient raison de douter de leurs aptitudes.

3.2.2.4 Sources du sentiment d'efficacité

Lecomte (2004) poursuit en expliquant que les bases de ce sentiment proviennent « [...] de quatre principales sources d'information : les expériences actives de maîtrise, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel. »⁷⁷. Je constate donc que l'environnement et l'entourage, ce qu'ils pensent, ce qu'ils font et ce qu'ils disent, ont un impact essentiel sur autrui et sur ses agissements ; mais également sur le développement du sentiment d'efficacité personnelle.

3.2.2.5 Comment développer le sentiment d'efficacité personnelle⁷⁸

Lecomte (2004) démontre que pour développer le sentiment d'efficacité personnelle il est nécessaire d'avancer par étapes. Lorsqu'une personne débute un séjour en institution, un programme est souvent mis en place autour d'un objectif global que la personne souhaite atteindre à la fin de son parcours, à long terme. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il y a également d'autres objectifs, à court ou moyen terme, qui permettent d'avancer par échelons. Lecomte (2004) explique qu'il faut garder à l'esprit que « Ces objectifs proximaux sont aussi un moyen efficace de réduire le risque de découragement dû à un objectif élevé et d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle. »⁷⁹. Cela permettra d'une part de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et d'autre part la résilience face à la difficulté pour les personnes toxicodépendantes.

Lorsque les professionnels travaillent avec des individus ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle, il est essentiel « [...] de se focaliser sur les progrès plutôt que sur des résultats lointains [...] »⁸⁰ car ces derniers ont « [...] besoin de la démonstration répétée qu'ils ont ce qui est nécessaire pour réussir. »⁸¹.

L'entretien motivationnel⁸² peut également être un bon outil pour développer le sentiment d'efficacité personnelle étant donné que l'un de ses buts « [...] est d'augmenter la confiance du client dans ses capacités à surmonter les obstacles et à réussir son changement. »⁸³.

⁷⁷ LECOMTE J. *Ibid.* p. 62.

⁷⁸ *Ibid.* p. 65.

⁷⁹ *Ibid.* p. 65.

⁸⁰ *Ibid.* p. 65.

⁸¹ *Ibid.* p. 65.

⁸² Cf. Chapitre 4.1.1, page 29 et suivantes.

⁸³ MILLER W. R. et ROLLNICK S. *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions-Dunod. 2006. p. 48.

4 Organisation de l'intervention auprès de personnes toxicodépendantes

Après avoir défini quelques concepts essentiels pour travailler auprès de personnes toxicodépendantes, je vais aborder les différentes méthodes et étapes susceptibles d'être intégrées dans l'intervention, par les intervenants en toxicomanie, pour les accompagner au quotidien. Je vais également donner quelques pistes par rapport au rôle que devrait avoir le professionnel dans l'accompagnement des personnes toxicomanes.

4.1 La relation d'aide⁸⁴

LeBlanc (2001) a beaucoup travaillé autour de la relation d'aide et de l'importance de cette dernière dans l'accompagnement des personnes suivant un processus thérapeutique de changement. Pour elle, ce dernier « [...] comprend trois principales étapes que l'on trouve dans la plupart des théories sur la relation d'aide [...], soit l'établissement de la relation d'aide, l'exploration des difficultés et la mise en pratique des acquis (Patterson et Welfel, 2000). »⁸⁵. Il est important de préciser que toutes les démarches effectuées et proposées seront influencées par les théories et autres apports que possède le professionnel. Bien entendu, comme le relève LeBlanc (2001), il n'existe pas de modèle d'intervention qui soit meilleur que les autres, c'est à chaque professionnel de trouver celui avec lequel il est le plus à l'aise pour travailler. Rosenzweig (1936) « soutient que le rôle principal du clinicien est d'aider le client à se percevoir autrement et à examiner d'autres issues. »⁸⁶. Pour y parvenir il subsiste diverses stratégies telles que « le soutien, l'apprentissage et l'action »⁸⁷, comme le suggèrent Lambert et Bergin (1994).

Cungi (2006) expliquait qu'à ses yeux la relation entre le professionnel et les personnes qu'il accompagne devait être « [...] fondée sur l'empathie [...] »⁸⁸. Pour le professionnel cela consiste « [...] à percevoir puis à restituer au patient ce qu'il comprend de sa réalité, en tenant compte des retours que celui-ci fait durant l'entretien. »⁸⁹.

Lorsqu'une relation d'aide se construit, il faut tenir compte des deux étapes clés qui sont l'entrevue initiale, développée dans l'entretien motivationnel, et le contrat thérapeutique.

⁸⁴ LEBLANC L. *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.* p. 44.

⁸⁶ *Ibid.* p. 45.

⁸⁷ *Ibid.* p. 45.

⁸⁸ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 12.

⁸⁹ *Ibid.* p. 23.

4.1.1 Entrevue motivationnelle

Ce concept, « [...] développé par Miller et Rollnick (1991, 2002) est un style d'entretien centré sur la personne, dont l'objectif est de résoudre les conflits concernant les avantages et les inconvénients du changement, augmentant la motivation et encourageant les changements positifs de comportement. »⁹⁰. Donc l'entretien ne se préoccupe pas du passé de la personne, « Il est en fait centré sur les intérêts et les préoccupations actuels du client. »⁹¹. En effet, pour Miller et Rollnick (2006) « Aucun changement de comportement ne survient s'il n'est, d'une façon ou d'une autre, dans l'intérêt inhérent de la personne. »⁹².

Durant cette rencontre le professionnel va faire la connaissance de la personne qu'il reçoit. Il devra essayer de cerner les difficultés de cette dernière afin de planifier au mieux la relation d'aide qu'ils poursuivront tous les deux. « Selon le modèle de Beutler et Clarkin (1990), la nature et la sévérité des difficultés, la détresse motivationnelle, le style d'adaptation ainsi que le potentiel de résistance du client seraient les principaux éléments cliniques à explorer lors de l'entrevue initiale. »⁹³.

Lors de l'entrevue il faut être vigilant à la manière dont la personne raconte les événements qui posent problèmes dans son quotidien ; voir si elle rejette la faute sur les autres, si elle banalise sa situation ou autre. Cela est aussi important que de comprendre la raison pour laquelle la personne recherche de l'aide.

Comme l'expliquent Miller et Rollnick (2006)⁹⁴, il sera également important de travailler sur l'ambivalence des personnes afin d'essayer de la résoudre. Pour les aider à prendre conscience de leur ambivalence, la balance décisionnelle s'avère être un excellent moyen. « Il y a deux types de poids de chaque côté de la balance : les uns représentent les bénéfices perçus à suivre une ligne de conduite donnée ; les autres représentent les coûts ou les désavantages liés à cette ligne de conduite. »⁹⁵. Ainsi, la personne discernera les arguments pour ou contre le changement et elle constatera que ceux-ci « [...] sont liés entre eux et, lorsque l'un change, les autres peuvent se modifier. »⁹⁶.

⁹⁰ MARLATT A. G. et WITKIEWITZ K. *Ibid.* p. 33.

⁹¹ MILLER W. R. et ROLLNICK S. *Ibid.* p. 31.

⁹² *Ibid.* p. 31.

⁹³ LEBLANC L. « Planification de la relation d'aide et prise de décisions cliniques ». In : LEBLANC L., SÉGUIN M. [sous la dir.] (Logiques). *La relation d'aide : concepts de base et interventions spécifiques*. 2001. p. 20.

⁹⁴ MILLER W. R. et ROLLNICK S. *Ibid.*

⁹⁵ *Ibid.* p. 17.

⁹⁶ *Ibid.* p. 18.

En résumé, le phénomène de l'ambivalence reste quelque chose d'humain et il constitue l'une des étapes du processus de changement.

4.1.1.1 Étapes de l'entrevue⁹⁷

Avant de définir les trois principales étapes présentes dans la relation d'aide ainsi que celles de l'entrevue en soit, il faut noter que celle-ci ne doit pas ressembler à un interrogatoire dans lequel les questions sont fermées et rigides, sinon il y a des risques de blocages.

La rencontre doit être au contraire accueillante, permettant à la personne de se sentir à l'aise pour parler d'elle et de ses problèmes afin que le lien de confiance se crée. Les questions posées doivent être faites de manière à laisser l'autre parler librement, tout en ayant à l'esprit que le professionnel a la possibilité de relancer l'usager s'il a besoin d'informations supplémentaires.

« C'est l'occasion pour l'interviewer de recueillir des informations précieuses à la compréhension du client, afin de mieux savoir comment les événements s'inscrivent dans la vie de cet individu, comment certaines difficultés sont apparues, comment elles se sont développées et quelles sont les motivations du client à l'égard du changement (Denis, Gagnon et Gagnon, 1999). »⁹⁸.

Il faut garder à l'esprit, comme le disaient Miller et Rollnick (2006), que *« La motivation au changement est non seulement influencée par le contexte interpersonnel, mais elle peut aussi naître de cette interaction. »⁹⁹*. La mission des professionnels consistera donc également à l'investigation et au renforcement de la motivation de la personne.

4.1.1.1.1 Introduction, prise de contact

« Dans un premier temps, le clinicien se présente et clarifie sa position : il doit se situer, définir son rôle, garantir le secret professionnel, en clarifiant les limites de celui-ci et manifester qu'il est au service des clients, ce qui requiert la coopération de ceux-ci (Muchielli, 1982). »¹⁰⁰.

⁹⁷ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. « Étapes de l'entrevue et techniques de base en relation d'aide ». In : LEBLANC L., SÉGUIN M. [sous la dir.] (Logiques). *La relation d'aide : concepts de base et interventions spécifiques*. 2001. pp. 61 – 94.

⁹⁸ *Ibid.* p. 61.

⁹⁹ MILLER W. R. et ROLLNICK S. *Ibid.* p. 27.

¹⁰⁰ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.* p. 62.

Cette première rencontre aura également pour but de définir, comme l'expliquent Séguin et Bouchard (2001), « *Un schéma d'investigation biographique [...] »*¹⁰¹. Cela veut dire que l'intervenant en toxicomanie essayera d'en savoir davantage quant à la situation globale actuelle de la personne toxicomane, tant au niveau sociétal, individuel qu'affectif. Il devra aussi chercher à comprendre les raisons l'ayant poussées à vouloir changer de comportement ainsi que « *Le réseau de soutien social (amis, loisirs, etc.) »*¹⁰² dont elle bénéficie.

Le professionnel aura aussi pour mission d'identifier comment se situe la personne face à sa problématique ainsi que de percevoir comment celle-ci se sent psychologiquement. Le but est de rendre à la personne ses responsabilités par rapport à ses agissements, sans, bien entendu, le faire de manière brutale.

Durant cette première étape l'intervenant en toxicomanie devra être attentif au fait que la personne qui se trouve en face de lui aura certainement quelques inquiétudes quant au déroulement de la rencontre et de la suite. Il sera nécessaire d'en tenir compte afin d'essayer de la rassurer au mieux quant à l'avenir de cette relation.

Selon Chalifour (1999)¹⁰³ il est important de se montrer souriant afin que l'autre ressente notre envie d'entrer en relation et notre implication, puis de se présenter en premier en clarifiant notre fonction ainsi que les buts de la rencontre. Afin de détendre quelque peu l'utilisateur, le professionnel pourra, au préalable, poser des questions ordinaires. Comme l'explique Cungi, « *Il est important que le patient sache rapidement à qui il s'adresse [...] et qu'il ait une idée assez précise de ce qu'il peut en attendre. Disposer de ces informations diminue fortement la méfiance [...]* »¹⁰⁴.

4.1.1.1.2 Entrevue

Pour les personnes venant à la rencontre de professionnels, il n'est pas facile de savoir ce qu'elles peuvent partager, jusqu'à quel point elles peuvent s'exprimer au sujet de leur situation, etc.

Le professionnel aura la mission de se montrer réceptif à ce qu'il se dit, sans forcer l'autre à lui révéler des choses pour lesquelles il n'est pas encore prêt. Il faudra qu'il se montre patient et respectueux afin de mettre l'utilisateur en confiance, qu'il reformule les propos de la personne afin d'être certain d'avoir bien compris, qu'il se montre empathique et surtout

¹⁰¹ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.* p. 69.

¹⁰² *Ibid.* p. 69.

¹⁰³ *Ibid.* pp. 63 – 64.

¹⁰⁴ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 24.

qu'il ne porte pas de jugement. « *Il prêtera attention au langage non verbal, aux changements de comportement, d'attitude ou d'affect.* »¹⁰⁵. Comme le relèvent Kilmer, Cronce et Palmer, « *En tant que spécialiste, l'on se doit de rejoindre les clients et patients là où ils se trouvent [...]* »¹⁰⁶.

Il existe également quelques pièges à éviter lors des rencontres, tels que celui d'aller trop lentement par rapport aux envies de l'usager ou au contraire trop hâtivement, ou encore de stagner dans une situation.

4.1.1.1.3 Conclusion de l'entrevue

Durant cette dernière étape le professionnel aura pour mission de résumer les propos tenus durant l'entrevue en tâchant d'être le plus limpide possible, le but étant de vérifier que l'usager ait bien tout compris.

Comme bien souvent les personnes toxicodépendantes ont des difficultés à croire en leurs capacités à changer leurs comportements, « *L'intervenant renforce continuellement le client en lui communiquant sa confiance en ses capacités de changement dans la mesure où il est le seul maître de sa vie et de sa propre destinée. Dans un tel sens, le thérapeute n'est là qu'à titre de consultant.* »¹⁰⁷.

4.1.1.2 Techniques d'entretien

Cungi (2006) aborde « *Deux méthodes complémentaires, les 4R et le questionnement socratique [...]* »¹⁰⁸ pouvant s'utiliser durant les entretiens individuels. La première d'entre elle « *[...] consiste à développer quatre techniques :*

- *recontextualiser,*
- *reformuler,*
- *résumer,*
- *renforcer.* »¹⁰⁹.

Le but de la recontextualisation est de faire en sorte que la personne centre toute son attention sur le problème. Pour y parvenir le professionnel devra faire en sorte de lier constamment « *[...] ce que dit le patient aux conditions de survenue. [...] où ? avec qui ? quand ?* »¹¹⁰. Pour ce qui est de la reformulation, il en existe de trois ordres « *[...]* : la

¹⁰⁵ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.* p. 66.

¹⁰⁶ KILMER J. R., CRONCE J. M. et PALMER R. S. *Ibid.* p. 278.

¹⁰⁷ COURNOYER L-G ET ROY R. *Ibid.* p. 326.

¹⁰⁸ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 113.

¹⁰⁹ *Ibid.* p. 114.

¹¹⁰ *Ibid.* p. 114.

répétition, la précision des termes et la formulation d'hypothèses. »¹¹¹. Cette méthode semble d'ailleurs utile lorsque la personne se trouve dans le déni, car lorsque le professionnel reformulera ses dires elle pourra prendre conscience de son comportement. Le résumé permet à la personne et au professionnel de s'assurer qu'ils « [...] *sont sur la même longueur d'onde* », *qu'ils comprennent les choses de la même manière.* »¹¹². Enfin, le renforcement met l'accent sur les éléments qui mériteraient d'être améliorés.

Pour Miller et Rollnick (2006), l'important est que durant l'entretien motivationnel les professionnels appliquent les procédures « [...] *résumées par l'acronyme OuVER¹ (Questions **O**uvertes, **V**alorisation, **É**coute réflexive, **R**ésumé).* »¹¹³. Ces aspects recoupent, pour la majorité, avec la méthode des 4R de Cungi (2006), citée précédemment.

4.1.1.3 Les principes généraux de l'entrevue motivationnelle

Miller et Rollnick (2006) décrivent « [...] *ces quatre principes généraux* :

- *Exprimer de l'empathie ;*
- *Développer la divergence ;*
- *Rouler avec la résistance ;*
- *Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.* »¹¹⁴.

Pour ce qui est d'être empathique, ils expliquent que le professionnel devra identifier les ressentis et positions de la personne vis-à-vis de ses difficultés et de sa situation, mais sans émettre de jugements ou de critiques à son égard. Pour ce faire, « *L'attitude fondamentale est une écoute respectant le discours de la personne avec le désir de comprendre ce qu'elle a en tête.* »¹¹⁵.

Comme « *L'entretien motivationnel est intentionnellement directif, dirigé vers la résolution de l'ambivalence, dans le but d'aider au changement.* »¹¹⁶, le professionnel devra confronter la personne à sa réalité, même si celle-ci est désagréable. Le but de cette entrevue est que ce soit « [...] *le client et non l'intervenant qui parle de ses préoccupations, de ses raisons de changer, de sa confiance dans ses possibilités de changer, et de ses intentions de changer.* »¹¹⁷.

¹¹¹ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 118.

¹¹² *Ibid.* p. 121.

¹¹³ MILLER W. R. et ROLLNICK S. *Ibid.* 80.

¹¹⁴ *Ibid.* p. 43.

¹¹⁵ *Ibid.* pp. 43 – 44.

¹¹⁶ *Ibid.* pp. 44 – 45.

¹¹⁷ *Ibid.* p. 46.

Pour ce qui est de « rouler avec la résistance », cela signifie que le professionnel doit faire prendre conscience à la personne qu'elle est autonome et capable de résoudre ses difficultés elle-même. Étant donné que celle-ci se connaît mieux que quiconque, elle seule détient les issues et clefs de résolution à ses problèmes.

4.1.2 Le contrat thérapeutique

Celui-ci représente le cadre de la relation et est souvent l'un des éléments central des thérapies cognitivo-comportementales. Bien entendu, tout comme dans l'analyse transactionnelle, créée par Berne dans les années 1950, « *Ce contrat peut évoluer au cours de la thérapie.* »¹¹⁸.

Dès la première séance il est essentiel de définir le rythme des rencontres et les durées de ces dernières afin que l'autre puisse se faire une idée précise du déroulement de la relation. « *Ce processus éducatif a pour but d'augmenter la capacité d'anticipation du client en spécifiant les rôles et les attentes mutuelles.* »¹¹⁹.

Le professionnel devra commencer par expliquer à la personne ce qu'est la relation d'aide à proprement dite, ses étapes ainsi que les obstacles possibles. Cela est important afin que celle-ci soit préparée à ce que l'on attend d'elle lors des rencontres, lui permettant d'éviter d'avoir des montées d'angoisse. Lorsque l'on parle de comportements attendus « *Il s'agit de la motivation, de l'engagement, de la capacité de réaliser le changement et de la capacité de surmonter les obstacles au changement.* »¹²⁰.

En résumé, « *Le contrat thérapeutique permet de préciser comment s'opère la relation d'aide et ainsi dissiper les craintes, réduire les distorsions et donner une image plus réaliste de ce qui est attendu par rapport aux progrès.* »¹²¹. Il est important de relever également que celui-ci est délimité dans le temps.

Aubin (2004) affirmait que, pour lui, les professionnels « *sont amenés à centrer leur action sur le patient, au lieu de se contenter de s'organiser autour d'un programme thérapeutique standardisé, auquel les patients seraient invités à s'adapter* »¹²². Il explique donc qu'il est important d'évaluer et d'organiser un contrat thérapeutique au cas par cas. Même si cela prendra plus de temps au départ, il faut être conscient que par la suite cela s'avèrera payant. L'utilisateur se sentira écouté et entendu et comme il sera impliqué dans

¹¹⁸ HORWITZ M. *Ibid.* p. 151.

¹¹⁹ LEBLANC L. *Ibid.* p. 29.

¹²⁰ *Ibid.* p. 31.

¹²¹ *Ibid.* p. 37.

¹²² AUBIN H-J. « De l'approche par produit au concept de l'addiction ». *Projet*. N° 282. 2004. p. 85.

l'écriture du projet, cela sera plus facile pour les éventuels réajustements. En effet, l'intervenant en toxicomanie pourra en tout temps revenir sur ce qui avait été décidé à la base en expliquant clairement que ces décisions et ces objectifs avaient été fixés en commun. Bien entendu, il importe de préciser que « *Les groupes de PR¹²³ sont conduits selon une technique d'animation qui évite tout jugement de valeur.* »¹²⁴.

4.1.2.1 Les objectifs : le point central du contrat thérapeutique

Selon Séguin et Bouchard (2001)¹²⁵, le professionnel devra impérativement faire participer la personne activement dans ses objectifs ainsi que ses choix afin qu'elle reste maître de sa vie. Il devra veiller à faire ressortir distinctement les envies concrètes en termes d'amélioration de l'état de la personne. Cela signifie que ce sera à la personne toxicodépendante de s'exprimer et de définir les objectifs qu'elle souhaite atteindre, au cours d'un entretien avec un professionnel. Le rôle de ce dernier sera donc celui de guide, permettant à la personne de formuler clairement ses attentes. Cependant, il ne devra en aucun cas être acteur. C'est à l'usager seul que reviennent les choix finaux des objectifs et ce n'est pas au professionnel de réfléchir à sa place. Il pourra tout de même l'aider lorsque cela s'avère nécessaire, mais il tâchera au mieux de ne pas influencer la personne afin qu'elle se sente libre de ses décisions. Alford et Beck (1997), cités par Cungi (2006), « [...] *conseillent donc de laisser la responsabilité du changement au sujet sans exagérer l'importance du thérapeute.* »¹²⁶.

Voici, ci-dessous, quelques étapes permettant de définir les objectifs de la personne toxicodépendante, qui feront partie du contrat thérapeutique.

4.1.2.1.1 Aider le patient à clarifier les dimensions du problème actuel¹²⁷

Cette étape n'est autre que celle durant laquelle l'usager, avec l'aide du professionnel, déterminera le problème dont il faudra s'occuper en priorité. Cela se fera en observant les sphères touchées par celui-ci ainsi que les conséquences qui en découlent.

Il ne faut en aucun cas obliger la personne toxicodépendante à changer ses comportements, étant donné que cela doit venir d'elle-même. Il faut simplement essayer de lui faire prendre conscience des conséquences qu'ont ses actes sur sa vie personnelle, professionnelle et sur son entourage, ainsi que parler avec elle de la vie qu'elle désirerait

¹²³ Cf. Chapitre 4.1.3 La prévention de la rechute (PR), pages 37 – 38.

¹²⁴ CARROLL K. M. et RAWSON R. A. « Prévention de la rechute et dépendance aux stimulants ». In : MARLATT A. G. et DONOVAN D. M. [sous la dir.] (Médecine et Hygiène). *Prévention de la rechute – Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. 2008. p. 171.

¹²⁵ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.*

¹²⁶ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 13.

¹²⁷ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.* p. 70.

avoir. Cela lui permettra de se rendre compte de l'écart subsistant entre la réalité et ses désirs, ce qui pourra peut-être la motiver au changement.

4.1.2.1.2 Aider le client à définir les zones négligées de lui-même et les difficultés personnelles qu'il doit explorer afin de les résoudre¹²⁸

Une fois que les événements auront été présentés, il faudra se mettre à agir, mais sans trop se précipiter. Le professionnel doit constamment être attentif au fait de respecter la cadence de l'usager afin de ne pas brusquer ce dernier. « *Le clinicien aide ici le client à explorer les conséquences de son comportement et incite le patient à assumer ses difficultés.* »¹²⁹.

Il faut avoir conscience que cette étape peut durer un certain temps. De plus, le client connaîtra des moments de désillusions, d'incertitudes et autres, ce qui fait que le professionnel devra redoubler d'encouragements et de soutiens.

4.1.2.1.3 Aider le patient à choisir de meilleures stratégies et à formuler ses plans d'action¹³⁰

Tout cela se fera en fonction des ressources personnelles, des difficultés et des aptitudes de la personne. L'essentiel étant que les actions entreprises tendent vers le but ultime et offrent la possibilité de l'atteindre. Comme l'expliquent Cournoyer et Roy (2001)¹³¹, lorsque la personne toxicomane entame une démarche de changement il arrive qu'elle vise de nombreux objectifs, parfois peu réalistes au début d'un traitement. De ce fait, le professionnel hiérarchisera ces derniers, grâce à l'entretien motivationnel, en fonction de leur urgence et de leur réalisabilité. Cela ne veut pas dire que les autres buts seront évincés, mais seulement que le programme commencera par travailler les plus « simples » afin de ne pas décourager la personne toxicomane.

Au cours de cette dernière phase il faudra également « [...] :

- *Déterminer la séquence des étapes à franchir ;*
- *Fixer le délai accordé à chacune des étapes ;*
- *Déterminer l'évaluation de chacune de ces étapes ;*
- *Fixer des plans d'action de rechange.* »¹³²

¹²⁸ SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.* pp. 70 – 71.

¹²⁹ *Ibid.* p. 70.

¹³⁰ *Ibid.* p. 71.

¹³¹ COURNOYER L-G ET ROY R. *Ibid.* pp. 325 – 326.

¹³² SÉGUIN M. ET BOUCHARD M. *Ibid.* p. 71.

4.1.3 La prévention de la rechute (PR)

Pour rappel, la Prévention de la Rechute, abrégée par les lettres PR dans le texte, est une modalité de traitement ayant pour but de prévenir ou de diminuer les éventuelles rechutes.

Marlatt et Witkiewitz (2008) expliquent que « *La PR associe l'entraînement aux habiletés comportementales à des interventions cognitives conçues pour prévenir ou limiter l'apparition d'épisodes de rechute.* »¹³³. Dans un premier temps il va falloir évaluer les facteurs comme étant à risque tant au niveau personnel, qu'environnemental ou contextuel, comme une situation spécifique par exemple.

Pour réaliser cela le professionnel s'appuie sur les modèles cognitivo-comportementaux et il devra veiller à « [...] *l'enseignement de stratégies efficaces de coping, l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle et l'encouragement ou la valorisation lorsque l'individu arrive à des résultats positifs* »¹³⁴. Bien entendu il sera également primordial « [...] *d'enseigner aux clients à restructurer leurs pensées négatives concernant les écarts, de ne pas les considérer comme des "échecs" ou comme des "preuve de manque de volonté".* »¹³⁵.

Lorsque quelqu'un débute un suivi de prévention de la rechute il est important d'effectuer une évaluation globale de la situation. « *L'évaluation est habituellement organisée autour d'une analyse fonctionnelle de l'usage des substances par le sujet, qui consiste en une exploration des comportements de consommation en fonction des circonstances qui les précèdent et qui les suivent.* »¹³⁶. Cela signifie que le professionnel aura pour mission de comprendre ce qui fait que la personne consomme, puis il devra l'aider à « [...] *classer les problèmes par niveau de priorité* [...] »¹³⁷ afin de cibler au mieux les futurs objectifs thérapeutiques.

Comme le relèvent Carrol et Rawson (2008), « *Les approches de PR, dans leur ensemble, sont une des rares thérapies comportementales dont il a été possible de montrer l'efficacité dans le traitement des troubles liés à l'usage de stimulants.* »¹³⁸.

¹³³ MARLATT A. G. et WITKIEWITZ K. *Ibid.* p. 24.

¹³⁴ *Ibid.* p. 24.

¹³⁵ *Ibid.* p. 24.

¹³⁶ CARROLL K. M. et RAWSON R. A. *Ibid.* pp. 167 – 168.

¹³⁷ *Ibid.* p. 168.

¹³⁸ *Ibid.* p. 165.

4.1.3.1 Les groupes de prévention de la rechute

L'approche communautaire, ou groupale, peut également être employée par les professionnels. Elle « vise elle aussi à réduire les sentiments d'isolement, de honte et de culpabilité en favorisant le soutien mutuel, l'entraide, les échanges d'expériences au sein de la famille et entre les familles »¹³⁹. Cela signifie donc que les personnes se rassemblent afin de former un groupe « [...] pour parler de leurs problèmes, tenter d'y faire face ou, tout simplement, se soutenir mutuellement (Delile, 1994). »¹⁴⁰. Ainsi, elles espèrent échanger et obtenir de nombreux conseils et pistes de solutions applicables à leurs situations problématiques grâce aux expériences des autres membres présents. En résumé, dans l'approche groupale « [...] la seule issue est de s'appuyer sur le groupe de pairs, de s'aider en les aidant et réciproquement. »¹⁴¹.

Le but de des groupes de prévention de la rechute « [...] est de mettre à disposition une sorte de forum au sein duquel les personnes en traitement d'un problème de consommation de substances, peuvent recevoir une aide adaptée à la gestion des rechutes éventuelles. »¹⁴².

« En effet, ils vont : (1) Permettre aux clients d'interagir avec d'autres personnes autour de problèmes communs ; (2) Fournir une plateforme de discussion pour la présentation des concepts TCC et autres habiletés pertinentes ; (3) Encourager un certain niveau d'auto-support en permettant aux différents participants de se soutenir mutuellement ; (4) Éviter l'isolement habituellement vécu par les personnes récemment abstinentes, en relation avec la perte des amis consommateurs. »¹⁴³.

Ces groupes s'organisent principalement en trois temps comme l'expliquent Carroll et Rawson (2008). Tout d'abord il faut évaluer la manière dont le produit est utilisé, ensuite le professionnel aidera l'utilisateur à acquérir certaines compétences essentielles pour la suite, finalement tous deux organiseront les futures échéances ainsi que les tâches à accomplir à domicile.

4.2 La posture à adopter par l'intervenant en toxicomanie

Selon Minuchin (1982), cité par Cassen et Delile (2007), il est nécessaire que les professionnels soient « impliqués, capables de s'engager auprès de personnes qui

¹³⁹ CASSEN M. et DELILE J-M. *Ibid.* p. 234.

¹⁴⁰ *Ibid.* p. 234.

¹⁴¹ *Ibid.* p. 234

¹⁴² CARROLL K. M. et RAWSON R. A. *Ibid.* p. 172.

¹⁴³ *Ibid.* p. 172.

*avaient perdu l'espoir »*¹⁴⁴. Selon Horwitz (2007)¹⁴⁵, le professionnel doit veiller à ne pas faire le travail à la place de la personne toxicodépendante, mais à la rendre actrice de sa propre existence. Pour Cungi (2006), cela est un piège à éviter par les professionnels et pour y parvenir il suggère donc de « [...] *l'impliquer systématiquement dans toutes les démarches.* »¹⁴⁶. Cette idée rejoint celle de Miller et Rollnick (2006) qui disent que « [...] *la responsabilité du changement est laissée à la personne [...]* »¹⁴⁷.

Le professionnel se doit par contre d'aider la personne à identifier ses besoins et attentes afin que celle-ci puisse déterminer les changements qu'elle devra opérer dans un futur proche. Plus le suivi d'accompagnement avance, plus le professionnel devra se faire discret, sans pour autant délaisser le bénéficiaire. Il devra toujours se montrer présent pour donner des informations générales ainsi que pour répondre aux diverses interrogations de l'autre.

Cassen et Delile (2007) pensaient que le professionnel pourrait également s'inspirer de l'approche psychoéducative¹⁴⁸ introduite par McFarlane (1983, 2002a et 2002b). Celle-ci a pour but de renseigner l'entourage sur ce qu'est la toxicodépendance, les éclairer quant à son étiologie, ses traitements et les conséquences possibles, ainsi que de donner certaines pistes pour y faire face.

Cette méthode permet donc d'accompagner les proches ainsi que les personnes dépendantes à mieux concevoir et gérer la problématique. Elle aspire également à apaiser le sentiment de culpabilité présent en chacun. Il est important de relever que cette démarche s'inspire de celles des thérapies cognitivo-comportementales, souvent employées dans le traitement des dépendances.

Tout comme dans les thérapies cognitivo-comportementales¹⁴⁹, durant les rencontres le professionnel doit être attentif à questionner la personne de manière ouverte afin de lui permettre une réflexion, une recherche personnelle de ce qui ne convient pas actuellement. Pour ce faire, l'intervenant en toxicomanie pourra employer la méthode du questionnement socratique, comme l'explique Cungi (2006). « *Celle-ci consiste à faire réfléchir le patient comme s'il devait conseiller quelqu'un d'autre.* »¹⁵⁰ afin que la personne puisse déceler sa difficulté selon plusieurs points de vue. « *La relation empathique est, en*

¹⁴⁴ CASSEN M. et DELILE J-M. *Ibid.* p. 237.

¹⁴⁵ HORWITZ M. *Ibid.* pp. 191 – 192.

¹⁴⁶ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 214.

¹⁴⁷ MILLER W. R. et ROLLNICK S. *Ibid.* p. 40.

¹⁴⁸ CASSEN M. et DELILE J-M. *Ibid.* p. 233.

¹⁴⁹ HORWITZ M. *Ibid.*

¹⁵⁰ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 139.

*quelque sorte, un miroir de l'autre. »*¹⁵¹. Le professionnel doit être capable de repérer les besoins et envies de la personne afin de proposer des actions et pistes de solutions qui vont dans son sens. De plus, il devra essayer de cerner au mieux les attitudes de la personne toxicodépendante et en chercher les raisons liées à tel ou tel comportement.

En tant que professionnel il est également important, comme le souligne LeBlanc (2001) de faire preuve de soutien. Là se tient l'élément-clé qui constitue la base de la relation d'aide, qui va permettre de créer une alliance et de collaborer ensemble. Cela offrira également la possibilité à une personne toxicodépendante recherchant de l'aide, d'entrer dans une démarche de changement de son comportement. En effet, comme le relève LeBlanc (2001), « *La relation thérapeutique peut initier le changement, principalement en raison du climat de confiance et de sécurité mis en place par le clinicien (Lambert et Bergin, 1994 ; Strupp et Hadley, 1979 ; Rogers. 1956).* »¹⁵². C'est également ce que pense Cungi (2006) lorsqu'il dit que « *L'alliance thérapeutique représente donc une condition nécessaire pour que le patient puisse modifier aussi bien ses émotions et ses croyances que les comportements qui posent problème et dont il souhaite le changement.* »¹⁵³.

Schneeberger et Brochu (2000)¹⁵⁴ affirment, eux aussi, qu'il est primordial que le professionnel crée une alliance thérapeutique avec le toxicodépendant, car sans elle le traitement ne pourra pas se dérouler correctement. Ils démontrent également que la rechute se révèle être un très bon outil pour avancer. À travers celle-ci, la personne toxicodépendante prend conscience du travail accompli jusque-là et peut ainsi progresser. Je pourrais donc comparer le rôle de l'intervenant en toxicomanie à celui d'un guide. Toujours aux côtés de la personne toxicodépendante, en l'épaulant et en l'aidant à définir ses objectifs, mais en ne décidant jamais de ce qui serait le mieux pour elle. Il est également important qu'à la fin de chaque rencontre le professionnel reprenne ce qui a été dit et le reformule afin de s'assurer que tout est clair tant pour l'utilisateur que pour lui-même.

De plus, Schneeberger et Brochu (2000) pensent que les intervenants en toxicomanie vont devoir accompagner l'utilisateur dans l'expérience de nouvelles stratégies adaptées à son environnement. Les professionnels doivent prendre conscience que l'absorption de

¹⁵¹ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 12.

¹⁵² LEBLANC L. *Ibid.* p. 46.

¹⁵³ DR. CUNGI C. *Ibid.* p. 11.

¹⁵⁴ SCHNEEBERGER P. et BROCHU S. « Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération : un sentier rocaillieux ». *Criminologie*. Vol. 33. N° 2. 2000. p. 147.

substances psychotropes n'est en réalité qu'un symptôme de difficultés sous-jacentes, non ou mal exprimées. Ils devront être capables de faire comprendre à l'autre que la rechute n'est pas un échec en soi et que le but final n'est pas forcément l'abstinence, mais leur bien-être psychique.

En repensant à mon stage probatoire à la Villa Flora je me souviens que la chose essentielle à retenir, en tant qu'intervenant en toxicomanie qui doit faire face à la rechute d'un de ses résidents, est de prendre celle-ci comme un acte formateur.

Effectivement, les professionnels y voyaient une occasion d'entamer, avec le pensionnaire, un travail de réflexion autour de cette dernière. Ils essayaient d'identifier quels étaient les événements déclencheurs, puis ils travaillaient sur l'élaboration de pistes permettant d'éviter que cela ne se reproduise. De plus, étant donné que les intervenants en toxicomanies sont leur propre outil, avant toute chose il faudra être au clair avec sa propre relation à cette problématique, avoir pu identifier ses préjugés.

Partie II : Méthodologie

Maintenant que les concepts théoriques sont définis, je vais tout d'abord présenter les hypothèses de recherche qui ont émergé suite à l'élaboration de cette partie. Ensuite, j'expliquerai quelle a été ma manière de procéder, sur le terrain notamment, afin de répondre à ma question de départ qui était :

« De quelle manière les intervenants en toxicomanie travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils, le cas échéant, leur projet d'accompagnement ? ».

5 Hypothèses

Après avoir défini ma question de départ et avoir lu quelques articles et ouvrages, deux hypothèses me semblaient importantes à explorer.

- ↳ Les professionnels investiguent sur plusieurs dimensions (facteur de risque, environnement, démarche thérapeutique entreprise, etc) afin d'ajuster l'accompagnement et le plan d'action à la personne toxicodépendante
- ↳ Dans le but de traiter la rechute les professionnels élaborent un type de projet d'accompagnement
 - Ils ciblent les facteurs déclencheurs de la rechute
 - Ils intègrent les bases acquises par la personne toxicodépendante avant sa rechute
 - Ils prennent en compte les expériences antérieures des toxicomanes
 - Ils définissent un nouveau plan d'action en tenant compte de la rechute

Dans l'élaboration du projet d'accompagnement, le responsable du Service Hébergement d'Emera, M. Jacky Tornay (2011), avait insisté sur le fait de considérer et d'explorer toutes les sphères de l'individu avant d'aller plus loin. Mes recherches théoriques m'ont également démontré qu'il était important d'agir de cette manière. C'est pourquoi j'ai donc émis ces hypothèses car je pense que les professionnels doivent avoir une bonne connaissance globale de la vie de l'individu, ainsi que des éléments liés à sa consommation, pour ajuster un plan d'action.

De plus, il me semble essentiel qu'à la suite d'une rechute il faille déterminer ce qui a pu entraîner celle-ci afin d'éviter que cela ne se reproduise.

J'ai également posé ces hypothèses suite à ce passage que j'ai pu lire au cours de mes lectures :

« L'évaluation devrait idéalement contenir les éléments suivants : l'historique de consommation des produits et les types de produits consommés, le contexte d'utilisation des psychotropes, la santé psychologique et la personnalité, la santé physique, l'historique des traitements antérieurs, la demande du client, les besoins exprimés ou perçus par l'intervenant et la motivation du client. »¹⁵⁵.

De ce fait je pensais qu'il existait peut-être dans chaque centre ou institution un type d'accompagnement qui regrouperait ces divers éléments. Je chercherai donc, au cours de mes entretiens, à comprendre et à identifier les pratiques et stratégies mises en place par les intervenants en toxicomanie.

¹⁵⁵ COURNOYER L-G ET ROY R. *Ibid.* p. 330.

6 Techniques de récoltes de données

Afin de savoir comment agissaient les intervenants en toxicomanie lorsqu'une personne toxicodépendante en traitement dans leur institution avait rechuté, j'ai opté pour la méthode des entretiens semi-dirigés. Comme le soulèvent Campenhoudt et Quivy (2006) « [...] le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. »¹⁵⁶.

Dans le document de Vilatte (2007)¹⁵⁷ j'ai pu constater que cette méthode mettait l'accent sur l'interaction. Son but est donc de faire parler l'autre afin d'en apprendre davantage sur un thème, tout en essayant de ne pas poser trop de questions. Ceci, comme l'avait précisé M. Emmanuel Solioz (2011), professeur à la HES-SO Valais de Sierre, est nécessaire afin que le professionnel interrogé se sente libre de parler comme il l'entend et puisse aborder divers sujets. Contrairement aux questionnaires, l'entretien est flexible et permet une approche qualitative en profondeur, bien qu'il faille veiller à ne pas trop se disperser et se recentrer sur le sujet de recherche.

Comme l'entretien qualificatif est influencé par le contexte et les personnes présentes, la principale critique qui est faite sur cette méthode est « *son manque d'objectivité et (...) la valeur accordée au discours (jusqu'où les propos sont-ils fiables ?)* »¹⁵⁸. Cela paraît évident étant donné que les interprétations, les représentations et les intérêts de l'interviewer influenceront le déroulement de l'entretien. De plus, il pourra poser des questions auxquelles il n'avait pas pensé au départ, chose qu'il n'aurait pas pu faire avec un questionnaire. Cependant, cela peut compliquer quelque peu l'analyse des résultats. Il faut également faire attention à ne pas transformer l'entretien en interrogatoire en abusant de questions.

Malgré ces quelques limites, Blanchet (2007) explique que l'entretien reste « *indispensable pour recueillir certaines informations* »¹⁵⁹. Bien entendu, la confiance sera un élément clé afin que l'interviewer puisse obtenir les données qu'il souhaite de la part de l'interviewé. Afin de ne pas trop être influencé par ses propres opinions, il est important

¹⁵⁶ CAMPENHOUDT L. V. et QUIVY R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris. Dunot. 3^{ème} édition. 2006. p. 174.

¹⁵⁷ VILATTE J-C. « L'entretien comme outil d'évaluation ». *Formation « Evaluation »*. Lyon. 2007.

65 p.

¹⁵⁸ *Ibid.* p. 4.

¹⁵⁹ *Ibid.* p. 5.

que l'interlocuteur fasse preuve de professionnalisme, d'écoute et d'empathie lors du rendez-vous. De plus, Blanchet (2007) précise que le face à face « *permet de recueillir des témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de références* »¹⁶⁰.

Si j'ai opté pour la méthode des entretiens, c'est parce que celle-ci était la mieux adaptée afin de répondre à ma problématique. Comme je cherchais à connaître les manières d'agir en cas de rechute au sein de diverses institutions romandes, les entretiens me permettaient d'aller directement à la rencontre des professionnels. Un simple questionnaire ne m'aurait pas suffi car je n'aurais pas pu obtenir tous les approfondissements souhaités vis-à-vis de certains sujets. De plus, les entretiens m'ont donné la possibilité d'observer les comportements non-verbaux des professionnels face à certaines de mes questions. À travers certains silences j'ai parfois appris beaucoup plus que dans les paroles, ce qui aurait été impossible par le biais d'un questionnaire.

6.1 Construction et phase de test de ma grille d'entretien

Afin d'obtenir les informations nécessaires à mon travail, j'ai établi un fil conducteur¹⁶¹ me servant de guide afin d'éviter que l'on s'éparpille durant les rencontres. Pour créer ma grille d'entretien j'ai repris mes hypothèses, puis j'ai recherché, à l'intérieur de celles-ci, quels étaient leurs variables et sous-variables¹⁶². J'ai classé mes interrogations par catégories et j'y ai ajouté des sous questions me permettant d'obtenir les réponses les plus précises possibles. Cela m'a demandé beaucoup de travail et de rigueur, cependant cela m'a permis de constituer mon fil rouge pour les interviews et m'a également facilité la tâche pour l'analyse des données.

Ma grille d'entretien, qui se trouve à l'Annexe A, se décline en trois parties. La première aborde les aspects théoriques du point de vue des intervenants en toxicomanie, tels que les caractéristiques du projet d'accompagnement, la conception de la rechute et le rôle du professionnel. La seconde s'articule autour des réponses données aux usagers suite à une rechute, notamment en termes de prises de décisions et de modifications d'accompagnement. Quant à la dernière, elle contient les envies, émotions ou difficultés plus personnelles que peuvent ressentir les professionnels lorsqu'un de leur usager rechute.

¹⁶⁰ VILATTE J-C. *Ibid.* p. 10.

¹⁶¹ Cf. Annexe A

¹⁶² Cf. Annexe B

Une fois les nombreuses variables identifiées et mes questions pour les entretiens réalisées, j'ai interviewé trois professionnels de la Villa Flora pour une phase test, afin de voir si j'obtenais les informations désirées. Je tiens à préciser que les professionnels qui ont testé ma grille n'ont pas fait partie de mon échantillon final. Il m'a fallu apporter quelques modifications à ma grille initiale car j'ai pu remarquer qu'au début je n'avais aucune information quant au projet d'accompagnement. J'ai donc ajouté des questions me permettant d'obtenir les renseignements y relatifs.

Lorsque ma phase de test fût terminée et que j'ai obtenu l'accord de ma directrice de Travail de Bachelor, je me suis rendue dans les sept institutions ayant répondu favorablement à ma requête.

7 Échantillon

Étant donné que ma question de recherche était axée sur l'accompagnement auprès des personnes toxicodépendantes, mon échantillon était ciblé auprès des intervenants en toxicomanie. Initialement, je souhaitais interviewer huit professionnels, quatre hommes et quatre femmes, travaillant, pour la moitié, dans une structure ambulatoire et, pour l'autre moitié, dans une institution résidentielle.

J'ai donc sollicité des hommes et des femmes formés (éducateurs sociaux, personnes avec un niveau universitaire en science sociale, etc) et ayant de l'expérience en terme d'accompagnement de personnes toxicodépendantes. J'ai envoyé ma requête dans quatre structures ambulatoires et quatre résidentielles¹⁶³.

7.1 Profil des institutions contactées

J'ai contacté quatre institutions ambulatoires et quatre résidentielles accueillant et accompagnant toutes des personnes présentant un problème de dépendance. De part mon stage probatoire à la Villa Flora, ainsi que mon attrait pour le domaine de la dépendance, je connaissais déjà quelques établissements pouvant répondre à mes critères. De plus, grâce au module Oasis abordant le domaine des addictions, qui se déroulait à la HETS de Genève, j'ai pu en identifier d'autres.

7.2 Stratégies de recrutement

Pour réaliser mes entretiens j'ai d'abord envoyé un courrier¹⁶⁴ aux directeurs d'institutions afin de leur transmettre ma requête d'interviewer des intervenants en toxicomanie pour la réalisation de mon Travail de Bachelor. Une fois que les Directeurs m'avaient octroyé leur accord, j'ai envoyé une autre lettre adressée aux professionnels¹⁶⁵ en leur exprimant mon souhait et en laissant mes coordonnées pour convenir d'un rendez-vous.

Sur les huit structures contactées, seules deux ne m'ont pas répondu et une ambulatoire m'a redirigé vers une structure résidentielle en pensant que cela serait mieux adapté à ma requête. Je ne pense pas que cela fût un problème car l'enjeu était non pas de valider les pratiques de différentes institutions mais d'entendre les professionnels au sujet de leur

¹⁶³ Cf. Chapitre 7.2, pages 47 – 48.

¹⁶⁴ Cf. Annexe C

¹⁶⁵ Cf. Annexe D

pratique. De plus, j'aurai pu contacter d'autres structures s'il m'avait réellement fallu recueillir des données supplémentaires.

Ce sont les professionnels qui ont pris contact avec moi par le biais de mon adresse e-mail et nous avons à chaque fois convenu d'une rencontre d'une heure environ. Afin de réaliser les entretiens je me rendais sur place, dans leur structure, et j'enregistrais les échanges afin de pouvoir analyser ces données par la suite. Afin de leur garantir le respect de l'anonymat dans mon travail, je leur ai fait signer un formulaire de consentement éclairé¹⁶⁶.

8 Déroulement des entretiens

J'ai réalisé les sept entretiens entre le 20 décembre 2011 et le 18 janvier 2012. Afin que les professionnels puissent planifier au mieux notre rencontre, je leur demandais de prévoir un créneau horaire d'une heure environ. Je leur laissais également le soin de décider du jour et du lieu du rendez-vous.

Au final, la durée des rencontres variait entre trente-cinq et cinquante-cinq minutes. Pour ce qui est de l'endroit, celles-ci se sont toutes déroulées dans l'enceinte de leurs structures.

9 Procédé pour l'analyse de données

À la suite de ces échanges, j'ai commencé par retranscrire ces derniers, mots à mots, à l'ordinateur pour ensuite en faire l'analyse.

Pour cela j'ai repris la grille d'entretien que j'avais réalisée initialement afin d'y inscrire les propos des intervenants en toxicomanie. J'ai d'ailleurs créé de nouvelles dimensions¹⁶⁷ qui me sont apparues suite aux rencontres. J'ai complété une grille par professionnel, séparément, pour ensuite regrouper et catégoriser leurs discours selon une grille commune. Une fois que cela était fait, j'ai analysé leurs dires en faisant ressortir leurs divergences et points communs. Afin que mon analyse soit la plus proche possible de la réalité, j'ai veillé, à de nombreuses reprises, à inclure des extraits d'entretiens dans la partie qui suit.

¹⁶⁶ Cf. Annexe E

¹⁶⁷ Cf. Annexe F

Partie III : Analyse des données

10 Analyse des entretiens

Les chapitres et sous-chapitres suivants mettent en évidence les éléments principaux qui sont ressortis lors de mes rencontres avec les intervenants en toxicomanie. Tout d'abord je présente l'échantillon de recherche, puis suivent les thèmes qui ont été abordés durant les entretiens.

Certains passages du texte se trouveront dans un encadré car ils reflètent mes commentaires et avis personnels.

Je souhaite relever que ces divers constats résultent des discours tenus par les professionnels interviewés.

10.1 Échantillon de recherche

J'ai réalisé sept entretiens dans six structures différentes en Romandie, deux ambulatoires et quatre stationnaires, qui se trouvaient sur le canton de Vaud, de Genève et du Valais. J'ai interviewé deux femmes et cinq hommes de formations variées, dont l'âge est compris entre 25 et 60 ans. J'ai rencontré un assistant social, un responsable de liaison, une éducatrice conseillère avec une formation de psychologue, une intervenante socio-médicale et trois éducateurs, dont un qui était également responsable de centre. Seul un d'entre eux, Henri*, a « [...] fait une formation postgrade en systémique, praticien formateur et en thérapie comportementale et cognitive. ». Tous les autres m'ont dit ne pas avoir suivi de formation continue.

La majorité d'entre eux n'a pas toujours travaillé dans le domaine du social, c'est le cas notamment pour Eric* : « J'ai fait une école d'agriculture. À l'âge de 42 ans j'ai changé, voilà ». On peut donc parler d'une reconversion vers un autre milieu, qui s'est faite en cours d'emploi pour la plupart.

Cela fait plus d'une dizaine d'années, pour la majorité d'entre eux, qu'ils travaillent dans leurs structures respectives. Seules les deux professionnelles les plus jeunes s'y trouvent depuis moins de cinq ans. Quoi qu'il en soit, tous les professionnels interrogés ont de l'expérience dans l'accompagnement de personnes toxicodépendantes.

* Prénoms fictifs afin de respecter l'anonymat des intervenants en toxicomanie

10.2 Accompagnement général

Je tiens à souligner que pour les intervenants en toxicomanie, la rechute fait partie intégrante du processus de changement. Cependant, dans leurs discours j'ai tout de même pu distinguer deux niveaux : l'accompagnement en général et celui suite à une rechute. Dans mon analyse de données j'ai donc séparé les discours entre l'avant et l'après rechute.

10.2.1 Rôle du professionnel auprès des personnes toxicomanes

Le principal rôle que doivent tenir les intervenant en toxicomanie est, comme le souligne Luc*, « [...] surtout de soutien, d'aidant et de stimulant [...] ».

Néanmoins, comme l'explique Nathan* ci-après, une tâche supplémentaire est donnée aux professionnels employés dans une structure ambulatoire, que l'on ne retrouve pas dans les centres résidentiels. « On est très souvent la porte d'entrée des institutions et on est aussi souvent à la sortie pour le travail de prévention de la rechute en ambulatoire. ».

Je remarque que les professionnels ont pour mission d'aider la personne toxicodépendante à avoir envie de modifier ses comportements en attisant sa motivation. Cela semble primordial pour les intervenants en toxicomanie, car certains d'entre eux m'ont signifié qu'il fallait se comporter « Comme un pédagogue ou comme un enseignant. On doit stipuler l'envie de travailler, pas par la contrainte. ». Pour un accompagnement efficace et durable, les professionnels affirment que le déclic doit venir de la personne elle-même.

10.2.2 Projet d'accompagnement

Lorsque j'ai abordé le thème du projet d'accompagnement, les intervenants de deux structures m'ont fait savoir qu'elles ne travaillent pas avec ce type d'outil. Pour Julie*, cela est dû au fait qu'elle est employée dans « [...] un centre ambulatoire bas seuil¹⁶⁸ [...] », ce qui signifie que les objectifs sont flous et pas vraiment définis. Pourtant la seconde structure, qui s'avère être en résidentiel, ne travaille pas non plus avec des objectifs fixés à l'avance. Eric* raconte que dans son institution « c'est un peu particuliers parce que c'est une prise en charge communautaire [...]. Y a pas vraiment d'accompagnement très individualisé [...] ». Luc*, qui travaille également dans ce centre, explique cependant qu'il passe avec l'utilisateur « [...] Une forme de contrat. C'est-à-dire qu'on invite le nouveau à

¹⁶⁸ Dans un centre bas seuil, les prestations offertes visent à rester en contact avec les personnes toxicodépendantes, tout en diminuant au maximum les risques liés à leurs consommations.

laisser son ancien personnage devant la porte. [...] On essaie de retrouver une personne neutre. [...] ».

D'ailleurs, la structure dans laquelle travaille Henri* regroupe « [...] deux modèles : un qui est le programme d'accompagnement individuel [...] et la prise en charge d'un groupe [...] ». Lorsque je l'écoute je constate que le contrat établi résulte « [...] des regards croisés entre le demandeur, le professionnel et le commandeur [...] » et que celui-ci se fait par rapport à l'accompagnement individuel et non groupal.

Je pense donc que le fait de travailler ou non avec un projet d'accompagnement ne réside pas dans le fait d'être une structure ambulatoire ou stationnaire, mais dans celui de suivre les personnes individuellement.

Pour les autres institutions, il existe un projet d'accompagnement, également appelé plan de traitement, qui peut être basique ou élaboré au cas par cas. Quoi qu'il en soit, la personne toxicodépendante se trouve toujours au centre de celui-ci et les professionnels adaptent les objectifs à la situation actuelle de cette dernière.

Par exemple, dans la structure gérée par André*, « [...] le plan de traitement il est mis en place par le résident avec son référent. ». Il est important de préciser que ce projet comporte deux parties : « reprendre la distance avec le produit, retrouver un rythme de vie, une hygiène de vie, participer aux activités de la maison, au sport [...]. La deuxième partie c'est la reprise des contacts avec l'extérieur. [...] c'est voir un peu comment se présente la situation familiale pour qu'on puisse utiliser les personnes comme ressources, ou pas. ».

10.2.2.1 Renseignement sur le parcours du résident auprès d'autres centres

À la suite des entretiens, je remarque que les manières d'agir, en termes d'investigations par rapport aux démarches entreprises par la personne dans le passé, sont très diverses. Cependant, je relève le fait que chacun d'entre eux se base sur ce qu'amène la personne toxicodépendante. Cela signifie qu'ils demandent à cette dernière de leur raconter son parcours afin de savoir ce qu'elle a déjà entrepris auparavant. « [...] moi je préfère que ces éléments soient donnés par la personne quand elle se sent assez en confiance, que d'avoir ces éléments de manière froide sur un document. », voici la raison pour laquelle Eric* choisit cette option.

D'ailleurs Sandra* m'explique qu'en terme général ils font « [...] *comme si la personne faisait un traitement pour la première fois, tout en gardant à l'esprit quand même que c'est peut-être la troisième fois qu'elle va dans un centre.* ».

À partir de là, comme le souligne Henri*, « *Ben y a deux solutions, y a deux pistes. La première c'est que c'est déjà de demander à la personne son récit, son vécu, son histoire. Et pis ensuite on peut toujours prendre contact avec les professionnels, avec les collègues d'autres centres pour avoir un retour.* ».

Parmi les professionnels interviewés, j'ai constaté que la prise de contact se faisait principalement en cas de problèmes psychiatriques ou médicaux. Ils cherchent souvent à obtenir les bilans de santé ou les expertises psychiatriques de leurs résidents, mais il est vrai qu'ils côtoient rarement les anciennes structures pour autre chose.

Pour y parvenir, comme l'explique André*, « [...] *on fait signer au résident une décharge qui nous permet d'avoir les expertises psychiatriques, les bilans de santé si y en a eu qui ont été fait, les parcours résidentiels qu'ils auraient fait dans d'autres institutions [...]* ».

10.2.2.2 L'élaboration des objectifs du plan d'accompagnement

Le travail par objectif, dans la démarche de changement, est pratiqué par chacun des professionnels (avec ou sans plan d'accompagnement) même si « *Les gens viennent ici avec un objectif qui est souvent assez flou déjà au départ.* », comme le relève Julie*. Mais les intervenants en toxicomanie sont justement là pour les aider à définir leurs buts. Parfois les usagers ont des désirs précis, mais André* relève que « [...] *souvent ils ont tendance à se mettre la barre là en haut et pis ils l'atteignent jamais pis on renforce la dynamique de l'échec. On préfère diminuer le niveau des exigences, le mettre à son niveau.* ». Il préfère donc travailler au travers d'étapes plus petites afin de favoriser les chances de réussite, ce qui encouragera l'usager dans sa démarche de changement.

Les principaux objectifs que se fixent les personnes toxicodépendantes à leur arrivée dans sa structure peuvent être « [...] *l'abstinence, ça peut être de prendre la distance avec le produit, ça peut être restaurer une nouvelle hygiène de vie, prendre soin de soi.* ».

Je constate donc que le résident se trouve au centre de ses objectifs étant donné qu'il va les fixer lui-même, avec l'aide de son référent, dans le but de travailler les situations qui lui posent problèmes.

Afin de cibler au mieux les difficultés de leurs usagers, les professionnels sont aidés par certains documents comme l'explique Nathan* : « [...] on a un document qui s'appelle IGT (*indice de gravité de toxicomanie*) et c'est un document qui nous donne des indications sur la personne par rapport à sa situation, mais aussi par rapport à sa santé physique, psychique, sa situation professionnelle, ses relations et sa situation judiciaire. ». Cela montre bien à quel point l'accompagnement doit se faire au cas par cas, étant donné les différenciations possibles entre chaque situation personnelle.

Au fil des entretiens je remarque que, pour les professionnels interviewés, la motivation de la personne constitue la base de l'accompagnement, que celui-ci soit encadré ou non par un projet défini. En effet, si les usagers ne désirent pas changer, personne ne peut les aider et le suivi ne leur apportera que très peu. Comme le souligne Luc*, « [...] ils doivent être preneurs. On ne peut pas construire s'ils sont de force. ».

10.2.3 Collaboration durant l'accompagnement

Au cours de mes entretiens j'ai appris que les intervenants en toxicomanie collaborent avec de nombreuses personnes évoluant dans l'environnement de leur usager, cela tout au long du suivi. Ils le font notamment avec le réseau de professionnels, l'entourage et parfois même avec les employeurs des personnes toxicodépendantes.

10.2.3.1 Avec le réseau de la personne toxicodépendante

Dans toutes les structures où je me suis rendue, les professionnels disent travailler en réseau. Nathan* explique même que « c'est la base de notre travail. ». Sandra* aussi pense que cela est très important « [...] parce que si on travaille chacun de son côté on peut ne pas partir sur la même base [...] des fois on peut faire des choses en parallèle et c'est une perte de temps, d'énergie. ».

D'ailleurs, dans la structure ambulatoire où travaille Julie*, « [...] une des premières choses dans le premier entretien, c'est de demander le parcours de la personne au niveau du réseau et tout ça. ». Ils accordent donc beaucoup d'importance à ce qui a été fait auparavant et ils vont « [...] demander la permission de téléphoner par exemple au médecin traitant, à l'assistante sociale...pour travailler en réseau, pour que les objectifs aillent dans le même sens, et pour savoir qui fait quoi. ».

Pour André* ce qui est primordial dans le travail en réseau c'est que chacun essaie « [...] d'aller dans le même sens, dans le sens du résident [...] ». Cela permet une clarification du rôle de chacun dans la situation et évite les doublons.

Il semble donc essentiel de travailler tant avec le réseau social que judiciaire ou médical, car cela permet à chacun de suivre le parcours et l'évolution de la personne toxicodépendante.

10.2.3.2 Avec la famille et les employeurs

Au vu de ce que j'ai entendu dans les entretiens, je constate que ce n'est pas toujours évident de travailler avec les familles.

Comme le relève Henri*, « [...] *c'est toujours délicat parce qu'on travaille avec des adultes alors il faut qu'ils soient d'accord, il faut que les familles soient d'accord.* ». Toutefois, nombreux sont ceux qui accordent beaucoup d'importance au fait d'inclure celle-ci dans le traitement, ou qui du moins collaborent avec cette dernière. C'est le cas notamment de Nathan* qui explique qu'« *Avec la famille, oui on le fait systématiquement.* ». D'ailleurs, il souhaiterait développer davantage « [...] *l'aide aux familles. [...] et tout particulièrement les enfants.* ». Pour lui cela est essentiel car aujourd'hui les professionnels ont conscience du fait que l'entourage souffre « [...] *en tous cas autant que la personne qui a la dépendance [...]* ».

Le centre dont André* est responsable, l'entourage familial est également impliqué rapidement dans l'accompagnement de la personne toxicodépendante. Il admet tout de même que « *Toutes les familles sont pas d'accord de travailler comme ça, parce que pour eux c'est que l'enfant qui a [...] un problème, pis c'est pas la famille. Mais quand on arrive à travailler avec toute la famille c'est un plus. Puis c'est des ressources.* ».

Pour mieux comprendre la manière dont procèdent les professionnels pour collaborer avec la famille, deux méthodes possibles m'ont été évoquées par quelques professionnels. Deux institutions emploient « [...] *des outils systémiques.* » alors que deux autres, dont une ambulatoire, offrent la possibilité aux proches de pouvoir s'exprimer et poser des questions, soit à des professionnels, soit à des personnes vivant une situation similaire à la leur.

En agissant ainsi, ils estiment donc, comme le dit Julie*, être « [...] *disponibles pour la famille. C'est-à-dire qu'à n'importe quel moment si y a la famille, le conjoint, un ami qui nous appelle, qui a des questions, qui a un souci euh on va être disponibles pour répondre à des questions générales. Mais on n'inclut pas systématiquement l'entourage dans la prise en charge.* ».

Enfin, pour ce qui est de la collaboration avec les employeurs de leurs usagers, cela ne semble concerner que les deux structures ambulatoires. Nathan* explique qu'en cas de

nécessité il essaie d'aider « [...] *un employeur à avoir la bonne attitude avec son employé qui aurait un problème, si la personne rechute.* ».

Après réflexion, je pense que si ce sont ces types de structures qui sont concernées par la collaboration avec les employeurs c'est parce que, contrairement aux résidents qui sont en institution, leurs usagers peuvent travailler. En effet, lorsque les personnes toxicodépendantes entament un suivi en résidentiel, ils cessent souvent de travailler afin de se consacrer à leur traitement.

Je remarque que les professionnels portent une attention particulière à l'intégration de la famille et du réseau dans l'accompagnement des personnes toxicodépendantes. D'une part cela semble primordial pour que ces dernières bénéficient du soutien familial nécessaire afin de progresser et d'autre part pour que tout le monde connaisse les rôles de chacun et puisse avoir un suivi précis de l'intervention.

10.2.4 Prévention de la rechute dans l'accompagnement général

10.2.4.1 Moment adéquat pour parler de la rechute avec les usagers

La majorité des intervenants en toxicomanie m'ont affirmé qu'ils parlent de la rechute au quotidien, ou presque, avec les personnes toxicodépendantes. Pour André*, cela s'explique par le fait que « [...] *dans un centre comme le nôtre, y a 20 résidents, y a pas vraiment de périodes [...] où y a pas de consommations.* ». Il ajoute également qu'en parler est essentiel à ses yeux « [...] *parce que si on parle pas du produit c'est comme si c'était un tabou donc il faut qu'on puisse parler [...] de ses avantages et de ses inconvénients [...] ça permet aussi de faire la prévention [...]* ».

Les deux professionnels travaillant dans la même institution m'ont signifié qu'ils parlent de la rechute à partir du moment où les usagers commencent « [...] *à se confronter à la vie sociale.* ». Avant cela, ils ne ressentent pas le besoin de parler de ce phénomène étant donné que leurs résidents restent dans l'enceinte de la maison, en protection.

Seule Julie* explique que dans sa structure ils ne parlent pas de rechute à leurs usagers car « [...] *c'est quand même des gens qui occasionnellement consomment.* ». Pour rappel, Julie* travaille dans une structure ambulatoire bas seuil, ce qui explique les raisons pour lesquelles les personnes suivies ne sont pas nécessairement toutes abstinentes comme elles le seraient dans des centres résidentiels. Il se peut que certaines d'entre-elles le soit, mais cela représente une minorité.

Parmi les professionnels qui abordent la problématique de la rechute, j'ai ressenti une distinction supplémentaire de celle du moment auquel ils en parlent : le comment. Car si Luc* et Eric* n'en parlent que durant les thérapies communautaires, dans la structure d'André, « [...] dans beaucoup de groupes ils en parlent. Et pis en entretien individuel avec le référent. ». Ce type de procédé est également employé dans deux autres endroits. Durant les groupes, Henri* explique que par exemple les résidents, avec l'aide des professionnels, décrivent « [...] toutes les situations à risques, toutes les stratégies d'évitement [...] ». Le fait de travailler en groupe semble donc permettre à chaque participant de bénéficier des expériences et conseils des autres personnes toxicodépendantes.

Nathan*, quant à lui, discute de cela en individuel avec les usagers étant donné qu'il travaille dans une structure ambulatoire où il n'y a pas de groupes organisés. Dans son discours il a révélé que ce sujet n'est « [...] pas tout le temps bien accepté parce que les gens ont souvent l'impression qu'on provoque la rechute en parlant. ». Cependant, je trouve que la réponse qu'il donne aux personnes qui pensent ainsi était vraiment adéquate : « Moi j'utilise parfois l'image d'un parapluie en disant aux gens "Ben voilà, aujourd'hui il fait grand beau. C'est pas parce que vous sortez le matin avec un parapluie dans la rue qu'il va pleuvoir". ».

Je constate donc que les professionnels abordent la thématique de la rechute tout au long de l'accompagnement et pas uniquement lorsque celle-ci se produit. En procédant de cette manière, ils souhaitent faire un travail de prévention et ce ne sera qu'au moment où la personne rechute qu'ils la travailleront avec les différentes méthodes présentées plus loin dans mon analyse.

10.2.4.2 Moyens utilisés pour prévenir la rechute

10.2.4.2.1 Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

La majorité des structures dans lesquelles je me suis rendue m'ont signifié qu'ils utilisent des outils appartenant aux thérapies cognitivo-comportementales.

À la suite de leurs propos j'ai constaté que cette technique est particulièrement employée lorsqu'ils accompagnent des personnes qui consomment de la cocaïne. Cela est très certainement dû au fait que la TCC est, comme l'explique André*, « [...] une approche plutôt sur les fonctionnements. C'est plus sur les cocaïnomanes où on essaie de changer un peu les fonctionnements. [...] ».

Henri* rajoute également que cette approche donne « [...] *des outils d'évaluation, des bases d'entretiens motivationnels* [...] ».

10.2.4.2.2 Entretiens individuels

Les entretiens individuels sont pratiqués dans la majorité des structures où je me suis rendue. Les personnes toxicodépendantes sont souvent vues avec leur référent, mais il se peut également qu'elles aient des entretiens « [...] *avec le psychologue, ou l'art-thérapeute [...] avec le médecin, l'infirmier* [...] ».

10.2.4.2.3 Groupes

La structure ne pratiquant pas d'entretiens individuels est bien sûr celle où l'accent est mis sur la prise en charge communautaire. De ce fait, elle privilégie les échanges en groupe à ceux en dualité.

Des groupes traitant du sujet de la rechute sont mis en place dans la majorité des institutions. Par exemple, chez Sandra* « *On a tout un groupe là-dessus qu'on fait une fois toutes les cinq semaines.* ».

André* explique qu'au cours de ces groupes, « [...] *y a un travail individuel sur la compréhension de la dépendance, sur l'anticipation des situations à risque. Donc c'est vraiment des groupes de prévention de la rechute.* ». Dans ce centre, ceux-ci ont lieu une fois par semaine. Il existe aussi « [...] *des groupes de réduction des risques. Ça c'est pour les gens qui s'injectent. Donc ils sont vus par l'infirmier, on va un peu parler des risques de l'hépatite C, du VIH...enfin on fait de la prévention là aussi.* [...] ».

Il y a donc divers groupes qui sont organisés dans les institutions interviewées.

10.2.4.2.4 Soutien médicamenteux

Deux structures m'ont dit avoir en traitement « [...] *des gens qui sont sous traitements de substitution* [...] », le plus souvent ils « [...] *veulent se substituer à la méthadone.* ».

Dans la structure de Julie*, la manière d'agir diffère selon le type de produit consommé. Si la personne consomme de l'héroïne par exemple, « [...] *on réadapte au bout d'un moment la cure de méthadone en lui donnant une dose qui lui permette d'être bien.* » ; alors que si c'est de la cocaïne « [...] *c'est tout sur le motivationnel qui faut travailler. Établir un plan avec la personne pour qu'elle espace ses consommations, qu'elle les diminue ou qu'elle change de moyen de consommation.* ».

Les autres centres n'ont pas abordé ce sujet, mais cela ne signifie pas forcément qu'ils ne travaillent pas avec des médicaments de substitution ou autre pour prévenir la rechute.

Je constate donc que la méthadone est employée soit comme outil de prévention, soit comme stratégie suite à une rechute. Pour ce qui est de sa première fonction, l'introduction de ce moyen de substitution a pour but de diminuer les envies de consommation chez les personnes consommant de l'héroïne. Mais suite à une rechute, les professionnels m'ont affirmé revoir le dosage, souvent à la hausse. Cela signifie qu'ils constatent que la quantité n'a pas été suffisante pour empêcher une reconsommation et qu'ils doivent donc la réajuster.

Je relève également que les entretiens individuels et les échanges en groupe constituent eux-aussi des moyens précieux pour prévenir la rechute. Ils semblent être fréquemment utilisés et souvent imprégnés des thérapies cognitivo-comportementales.

10.2.4.2.5 Contrôle

Plusieurs structures effectuent « [...] des prises d'urine et des contrôles d'alcool [...] » aléatoires afin de prévenir la rechute. Pour André* « [...] les gens qui viennent ici ils doivent être volontaires, donc si ils veulent pas faire un travail sur eux ben y on pas besoin de venir. Mais s'ils veulent travailler ben ils doivent se donner les moyens. ». Ils réalisent cependant des contrôles (urinaires, sanguins, ...), quelques fois sur demande de la justice, afin d'observer si des produits ont été consommés, et si oui lesquels.

Dans le centre ambulatoire où travaille Julie*, « [...] on fait des PU¹⁶⁹ motivationnelles. C'est-à-dire euh donc on dit "Non mais on va arriver quand même à faire une PU négative ?" pis y dit "Mais ouai ouai j'aimerais bien et tout". Alors on met des PU on dit "Allé, on en met une lundi" et on travaille sur le projet du week-end. ». Je constate donc que chez Julie* les prises d'urines se font plutôt en accord avec la personne toxicodépendante et pour l'aider à se fixer des petits objectifs.

Ces propos montrent que pour les professionnels interviewés les prises d'urine (PU) constituent une excellente stratégie de prévention de la rechute. En effet, soit elles dissuadent les personnes toxicodépendantes de reconsommer afin de ne pas perdre certains privilèges, soit elles les encouragent à ne pas le faire afin d'atteindre certains objectifs, soit pour montrer que l'objectif fixé a été atteint.

¹⁶⁹ PU = Prise d'Urine

10.2.5 Perturbations dans le suivi prévu initialement

10.2.5.1 Exclusions, interruptions de traitement

Durant les entretiens j'ai remarqué que les deux structures ambulatoires fonctionnent à nouveau de la même manière par rapport à cette possibilité suite à une rechute : « [...] *la rechute remettra jamais en question l'accompagnement, jamais.* ». Julie* explique également : « [...] *on peut pas le mettre dehors, on termine pas une cure comme ça [...]* ». Par contre, Nathan* explique que « *La seule raison qui pourrait faire qu'on mette fin à la collaboration ce serait qu'il y ait de la violence.* ».

Pour la majorité des autres structures j'ai remarqué que la violence peut également être une cause d'arrêt de collaboration avec la personne toxicodépendante. Par exemple, dans l'institution d'André* une fin de traitement survient suite à « [...] *la transgression de nos grandes règles qui sont la violence, [...] l'introduction de produit dans le centre.* ». Il explique que la période d'exclusion est d'au minimum une semaine et qu'au cours de celle-ci il voit le résident en entretien au moins une fois sur l'extérieur. Si ces actes sont à répétition, « *On signale, que ce soit les sociaux, la justice, que nous la personne n'est plus en lien avec nous. On est arrivé au bout de ce qu'on pouvait proposer et pis on interrompt le traitement.* ». Mais André* relève le fait que quelques temps après, les usagers peuvent toujours refaire une demande d'admission auprès de leur centre.

Luc* soulève un élément primordial auquel je n'avais pas songé : l'arrêt de traitement peut également venir des usagers eux-mêmes. En effet, « *La limite elle est des deux côtés. L'institution a ses limites et les gens ont leurs propres limites.* ». Il se peut donc que les résidents quittent la structure d'eux-mêmes et ne reviennent plus.

La violence, l'introduction de produit à l'intérieur de la structure et les rechutes répétées sont les principales raisons qui engendrent des exclusions ou des arrêts de traitement. Ceux-ci sont cependant toujours préparés au mieux afin que la personne puisse envisager de revenir plus tard, lorsqu'elle se sentira prête. Il se peut également que le suivi prenne fin si telle est la volonté de la personne toxicodépendante.

Je relèverais également le fait que dans les structures ambulatoires, une fin de traitement est très rarement envisagée alors que dans les stationnaires cette option peut être pensée et discutée si nécessaire.

10.2.5.2 Accompagnement, réorientation vers une autre structure

Les deux professionnels travaillant dans les structures ambulatoires le font systématiquement car, comme le relève Julie*, « *Entre l'ambulatoire et le résidentiel oui, c'est nous qui faisons le lien [...]* ». À l'aide d'un document que les intervenants remplissent avec la personne, ils identifieront la structure résidentielle la mieux adaptée aux besoins et à la problématique de cette dernière. Ce document consiste en « [...] *une évaluation sur tous les actes bio-psycho-sociaux-financiers-professionnels-somatiques [...]* » de la personne, puis comporte également « [...] *une échelle de graduation de la motivation.* ».

En ce qui concerne les cinq autres institutions, j'ai remarqué qu'elles aussi redirigent parfois les personnes toxicodépendantes vers d'autres structures. Comme l'explique André*, « [...] *le seul moment où on réoriente quelqu'un c'est quelqu'un qu'on orienterait vers un EMS ou des appartements protégés. Mais c'est pas une réorientation, pour nous c'est un accompagnement dans une certaine continuité.* ».

Ils les accompagnent donc vers une structure qui est plus adaptée en fonction des besoins de la personne et selon l'avancement de son parcours. Comme le souligne Luc*, il faut être capable de reconnaître « [...] *nos limites et il faut aider la personne à la rediriger dans une autre place.* ».

Suite à ces propos je constate que tous les intervenants en toxicomanie interrogés accompagnent leurs résidents vers d'autres structures s'ils estiment que la leur n'est plus adaptée et ne correspond plus aux besoins et attentes de ceux-ci.

10.3 Accompagnement suite à une rechute

Avant de débiter ce chapitre je tiens à préciser que de nombreux éléments précités se retrouvent dans l'accompagnement suite à une rechute. Cependant, ci-dessous je mettrai uniquement en évidence les éléments spécifiques à cette dernière.

10.3.1 Rôle du professionnel

Le rôle central que doit tenir l'intervenant en toxicomanie, suite à une rechute d'un résident, semble surtout être celui, comme le signale Julie*, « [...] *de constance. Qu'ils consomment ou qu'ils consomment pas, on est là, on est les mêmes et on leur en tient pas rigueur [...]* ». En effet, ce qui paraît « [...] *primordial c'est que le lien ne soit pas*

rompu [...] ». Le premier élément que je peux constater c'est que, comme le dit Eric*, « [...] *l'accompagnement il reste le même* », que la personne ait rechuté ou non.

Lors du retour d'une personne suite à une rechute, pour Henri* il est essentiel, dans un premier temps, « [...] *d'accueillir la personne [...]* », tout en dédramatisant la situation. Dans un second temps il faudra « [...] *regarder avec la personne ce qui s'est réellement passé. [...]* ». Le professionnel essaiera au mieux d'accompagner l'utilisateur dans la compréhension de sa rechute, afin d'en identifier les causes et les conséquences. D'ailleurs Nathan* met également l'accent sur le fait qu'il est important « [...] *d'amener la personne à se connaître de mieux en mieux dans ces situations-là.* ».

Au premier abord, le rôle des professionnels auprès d'une personne toxicodépendante suite à une rechute ne semble pas très différent de celui précédent celle-ci. Quoi qu'il arrive l'intervenant en toxicomanie devra se montrer accueillant et à l'écoute de la personne, sans prêter de jugements, afin que le lien établi préalablement subsiste. Je constate également que l'accompagnement sera ciblé sur cet événement et que les professionnels tâcheront d'aider la personne à analyser sa rechute.

10.3.2 Conception de la rechute

Lorsque j'ai demandé aux intervenants en toxicomanie de me donner leur conception de la rechute, chacun, à leur manière, m'a fait comprendre que celle-ci faisait partie du processus. Bien entendu, ils ne voulaient pas sous-entendre que cette dernière était encouragée, cependant, avec les années d'expériences dans le milieu, ils ont accepté l'idée que la rechute « [...] *fait complètement partie du processus de changement, c'est un stade en soit.* ». Nathan* pense donc qu'il faut travailler la rechute comme on le fait avec un autre stade de changement. Il ajoute également que dans la structure où il se trouve celle-ci est considérée « [...] *comme la règle et pas comme l'exception. [...] la rechute c'est normal. La plupart des gens qui essaient de sortir d'un problème de toxicomanie rechutent, c'est la majorité.* ». Cela est certainement dû au fait que, comme l'explique André*, « [...] *se sortir de la dépendance c'est pas une ligne toute droite hein et la rechute elle permet aussi de se rendre compte qu'on n'est pas assez fort et qu'on a encore besoin de travailler [...] donc la rechute ça a aussi des bons côtés...enfin pour nous c'est un outil.* ».

Même si tous les professionnels semblent d'avis que la rechute fait partie du traitement, Henri* souligne bien le fait qu'il faut être vigilant avec ce type de discours. En effet,

« [...] nos clients l'entendent bien et quand ils rechutent, quand ils reconsomment ils vont nous dire "Mais ça fait partie de mon traitement." ».

J'ai également constaté qu'à la suite de ma question les professionnels précisaient qu'il fallait *« [...] s'entendre sur la terminologie [...] »*. En effet, je constate que la grande majorité d'entre eux différencient la reconsommation de la rechute, en termes de quantité, d'intensité ainsi que par rapport au critère du temps.

Pour illustrer mes propos je vais m'appuyer sur l'explication de Sandra*. *« [...] Ce que j'appelle la rechute par contre c'est plusieurs épisodes de reconsommation et vraiment la rechute pour moi c'est quand la personne retrouve les mêmes habitudes, les mêmes mécanismes et sa même façon de consommer qu'avant son temps d'abstinence. »*. Je remarque donc que la rechute n'est pas considérée comme telle immédiatement, lors de la première reprise de produits, mais uniquement lorsque la personne se retrouve *« [...] dans un mode de fonctionnement addictif. »*.

Eric*, pour qui la fugue de l'institution est assimilée à une rechute, précise que *« [...] si c'est au début de la prise en charge, pour moi c'est pas une rechute car la personne elle a pas vraiment quitté ses problèmes de toxicodépendance. »*. Là encore la question de la période a son importance, car pour eux on ne peut pas parler de rechute au début du suivi étant donné que la personne se trouve encore *« [...] dans ses problèmes de consommation. »*. Cela signifie que dans leur structure les professionnels assimilent la fugue à une rechute uniquement lorsque la personne est en traitement depuis un certain temps et qu'elle est abstinente.

Par contre, dans la structure ambulatoire bas seuil où travaille Julie*, le mot rechute est rarement employé. Ils parlent *« [...] plutôt de dérapage plus ou moins contrôlé. »*. Elle explique cela car *« [...] c'est un centre ambulatoire, à bas seuil. J'ai pas fait le calcul du pourcentage de nos usagers qui consomment, mais il est haut. »*. De ce fait, s'ils parlaient de rechute, toutes les personnes qui fréquentent ce centre seraient perpétuellement dans cette situation et cela ne serait en aucun cas constructif pour elles. Car pour Julie* les professionnels ont *« [...] cette idée que c'est une maladie, que c'est un long processus. »*, tandis que pour les personnes toxicodépendantes, pour s'en sortir *« [...] c'est une question de volonté, de force mentale. »*.

10.3.3 Ressentis personnels de l'intervenant en toxicomanie suite à une rechute

Je me suis intéressée à savoir ce que les intervenants en toxicomanie ressentent lorsqu'ils apprennent la rechute de l'un de leurs usagers.

Pour la majorité des professionnels, ils ont appris à accepter la rechute comme faisant partie du processus de changement, ce qui signifie qu'ils trouvent cela « normal ». Comme l'explique Sandra* « *Hum...La toute première fois que ça m'est arrivé je dois dire que je me suis dis "Mais qu'est-ce que j'ai fait de faux ?". [...]* ». Mais avec le temps et l'expérience, nombreux sont ceux qui, comme Julie*, prennent conscience « *[...] de où est-ce qu'on travaille, avec qui on travaille, avec quelle maladie on travaille et pis je crois que ça fait partie du processus. Ça fait partie de leur démarche de changement, de leur vie.* ».

Les professionnels proposent donc les moyens nécessaires afin d'accompagner leurs usagers vers le chemin de l'abstinence, cependant ils savent que ce dernier est long et semé d'embûches. Parfois, comme le souligne Henri*, il faut savoir lâcher-prise et reconnaître que l'utilisateur n'est « *[...] pas encore prêt effectivement à changer son mode de vie.* ».

Deux professionnels m'ont tout de même fait part de certaines émotions qu'ils vivaient à la suite des rechutes de leurs usagers. Pour Luc* par exemple « *[...] il y a une réaction de...comment je pourrais dire...de désespoir, désillusion, de tristesse, de de de rage un peu quand même [...]* ». À ses yeux, cela est dû au fait qu'une relation de confiance s'est établie entre lui et la personne toxicodépendante.

Eric* quant à lui m'a dit que parfois il pouvait « *[...] se sentir démuni oui. Après on se répète des phrases qui rassurent "On a le devoir d'agir, après les résultats c'est...On a pas le devoir des résultats absolus".* ».

Je remarque donc que même si la rechute semble être considérée comme faisant partie des différents stades par lesquels passent les personnes toxicodépendantes pour s'en sortir, il n'est pas toujours aisé pour les professionnels de l'accepter sans être bouleversés. Cela montre bien l'ambivalence dans laquelle se trouvent les intervenants en toxicomanie. Même s'ils acceptent la rechute et que celle-ci fait partie intégrante du processus de changement, ils leur arrivent d'être touchés et déstabilisés lorsque leurs résidents rechutent.

10.3.4 Stratégies pour travailler la rechute avec la personne

10.3.4.1 Comprendre la rechute

Au cours des entretiens j'ai pu constater que, lorsqu'une personne toxicodépendante réintègre le centre suite à une rechute, les professionnels travaillent cela avec elle de plusieurs manières. Par exemple, pour Eric* le plus important dans un premier temps *« [...] est d'accueillir la personne et de remotiver la personne dans sa démarche de traitement de son problème. »*. Ensuite il faut s'entretenir avec elle et lui poser quelques questions afin de pouvoir comprendre sa rechute.

Nathan* raconte lui aussi qu'il *« [...] va déjà essayer de savoir comment c'est arrivé : quand (quel environnement, c'est quoi le contexte), avec qui était la personne et qu'est-ce qu'elle a consommé. On va aussi essayer de regarder comment elle se sentait avant / pendant / après et aussi qu'est-ce que c'était ses pensées avant / pendant / et après. »*. Cette méthode de questionnement appartient aux thérapies cognitivo-comportementales et s'appelle l'analyse fonctionnelle. Elle est fortement utilisée dans le domaine de la toxicomanie car, selon les intervenants en toxicomanie, elle permet de décortiquer la rechute et d'identifier quelles sont les situations à risque pour le futur.

« On travaille aussi avec le concept de l'effet de violation d'abstinence. Ça veut dire que euh quelqu'un qui ne consommait plus et qui reconsomme va avoir des pensées de deux ordres : les pensées minimisantes et les pensées maximalisantes. ». Nathan* insiste sur le fait qu'il faut identifier ces dernières car elles provoquent toutes les deux la rechute.

Sandra*, qui pratique également l'analyse fonctionnelle, explique qu'au retour de la personne *« [...] y a deux cas de figure : soit la personne dit "Oui effectivement j'ai reconsommé" et pis là ben on investigue peut-être plus [...] l'autre possibilité quand on va voir la personne c'est qu'elle nie complètement la reconsommation. »*. Pour elle, le déni est difficile car au lieu de travailler sur la rechute elle-même il faudra commencer par essayer de comprendre pourquoi la personne refuse d'admettre la vérité.

Quel que soit le type de réponse, dans l'institution où travaille Sandra* *« [...] quand la personne est testée positive il y a quand même les dix jours de protection. »*. Cela signifie que la personne ne pourra pas sortir du centre sans être accompagnée par un professionnel et qu'elle passera son week-end à l'intérieur. *« Donc ça c'est pour deux raisons. Premièrement parce que lorsque la personne reconsomme un produit [...] y a tout un processus biochimique neurologique qui se remet en route, en fait, et qui appelle le produit. [...] la deuxième raison c'est pour que la personne puisse réfléchir à ce qui s'est passé. »*.

Suite à une rechute, Nathan* souligne qu'il est important de « [...] *vraiment regarder quelles sont les stratégies qui peuvent être mises en place pour éviter de consommer si une situation à risque se reproduit.* ». Pour ce faire il s'appuie sur des expériences antérieures vécues par la personne, mais surtout sur l'analyse fonctionnelle qu'il vient de réaliser suite à cette rechute.

Je constate donc que la première chose à faire pour les professionnels, lorsqu'une personne toxicodépendante revient suite à une rechute, est de décortiquer le pourquoi de cette dernière en partant des ressentis et de l'expérience vécue par la personne. Il paraît primordial de commencer par cela afin d'envisager la suite de l'accompagnement, en modifiant notamment les objectifs de traitement.

10.3.4.1.1 Difficultés rencontrées pour travailler la rechute

Trois des quatre professionnels m'ayant parlé des difficultés qu'ils rencontraient suite à la rechute des usagers m'ont fait comprendre que le déni s'avère être leur principal obstacle. « [...] *c'est toujours compliqué de travailler avec quelqu'un qui nie avoir reconsommé alors que le résultat de la prise d'urine nous indique que c'est positif. [...] c'est toujours un peu compliqué parce que du coup on travaille pas sur la reconsommation, sur la rechute, on travaille pas sur ce qui est vraiment important je dirais.* ». Pour Sandra*, en ne travaillant pas sur la reprise du produit cela risque d'arriver à nouveau, car la situation n'a pas pu être analysée et que les stratégies n'ont pas pu être identifiées.

Nathan* ajoute que parfois « *C'est pas facile pour quelqu'un qui rechute de parler ouvertement et facilement de sa rechute.* ». De ce fait, il n'arrive pas à décortiquer cette dernière avec la personne toxicodépendante étant donné qu'elle se renferme sur elle-même et refuse de communiquer à ce sujet.

Henri* résume donc ce premier problème en expliquant que « *Si y a que du déni on peut rien faire non plus, y a pas de collaboration rien.* ».

Une autre difficulté majeure que les intervenants en toxicomanie rencontrent « [...] *c'est quand ils ont des comportements après consommation, direct après, qu'ils sont non-respectueux, dans la toute puissance [...]* ».

Pour Henri* lorsque les personnes toxicodépendantes consomment du produit à l'intérieur du centre, cela « [...] *met en danger tout un groupe parce que ça suscite de la colère, ça fait monter de la violence, les gens se sentent trahis, ça fait monter des envies.* ».

Finalement, ce sont là les problèmes les plus importants car, comme le rappelle André*, « *Le reste ben ça fait partie de notre travail d'éducateur [...]* ». Donc pour lui, étant donné que l'accompagnement des personnes toxicodépendantes comprend automatiquement des phases de rechute, il est de leur devoir que d'assumer et de travailler avec les difficultés qui y sont liées.

J'en conclus que le déni, la consommation interne ainsi que les comportements violents suite à une rechute constituent les difficultés majeures pour les professionnels lors du travail de la rechute. Cela semble même parfois porter préjudice à l'alliance créée entre l'intervenant en toxicomanie et la personne toxicodépendante.

10.3.4.2 Modification du projet d'accompagnement

La grande majorité des intervenants en toxicomanie interviewés m'ont fait comprendre qu'au retour de la personne suite à une rechute, ils reprennent le projet d'accompagnement afin de l'ajuster.

Par exemple, Nathan* explique que dans son centre « *Des fois on revoit nos objectifs à la baisse [...]* ». Dans trois autres structures les objectifs sont également retravaillés à la suite d'une rechute.

André* raconte qu'une fois un résident « *[...] a fumé dans le centre, donc il a été exclu une semaine [...] Quand il est revenu on a refait un nouveau plan de traitement en disant "Ben voilà les objectifs à court terme c'est ça, à moyen terme c'est ça, à long terme c'est ça" [...]* ».

Dans l'institution où est employée Sandra*, suite à la rechute de l'un de leurs pensionnaires, ils font « *[...] un entretien de réseau avec tous les intervenants. [...] on travaille tous ensemble pour savoir qu'est-ce qu'on fait pour la suite.* ». L'implication du réseau est importante pour eux car cela permettra de ne pas perdre de vue les objectifs de base de l'usager et chaque membre ira dans la même direction.

Pour Luc* et Eric*, « *[...] si une personne fugue elle recommence au début, en tous cas dans le statut.* » pour une certaine durée, puis elle retrouvera son ancien statut. Je constate donc que dans leur institution lorsqu'une personne rechute elle repart à zéro¹⁷⁰ et donc ses objectifs seront certainement modifiés par la suite. Comme ils travaillent essentiellement avec les thérapies communautaires, ils demandent à la personne de

¹⁷⁰ Cela signifie que la personne retrouvera son statut initial et que ses privilèges, acquis sur la durée du traitement, lui seront retirés momentanément. Par exemple, elle n'aura pas le droit de sortir seule durant les deux prochains week-ends.

rédiger une lettre de motivation et « [...] elle redemande de faire partie de la communauté. ». Lorsqu'elle aura réintégré cette dernière, elle devra « [...] raconter, si elle a confiance, ce qui s'est passé » au cours de la thérapie de groupe.

Je remarque donc que la rechute implique des modifications dans le projet d'accompagnement établi préalablement. Les professionnels vont principalement revoir les objectifs de la personne avec elle, seuls ou avec les membres du réseau, afin de les réajuster. Il se peut également qu'une des conséquences de la rechute soit que la personne perde tous les avantages obtenus durant son parcours.

10.3.4.3 Interruptions de traitement

Dans l'institution où travaille Henri*, en cas de consommation à l'intérieur de l'établissement les personnes doivent quitter la structure. Cela correspond à une fin de traitement car les professionnels rédigent un rapport de sortie et communique cette décision au réseau. Cependant, Henri* compare cette exclusion au carton rouge que prend un joueur de football durant un match : « [...] on est sorti pour la durée d'un jeu, on n'est pas sorti à vie...on peut revenir dans le jeu. ». Cela signifie que les personnes toxicodépendantes ont la possibilité d'être réadmissées dans leur structure plus tard, si elles en renouvellent la demande. Henri* m'expliquait que toutefois elles devront repasser un entretien d'admission et remplir à nouveau les formulaires administratifs.

Une des raisons qui amènerait les intervenants en toxicomanie à interrompre l'accompagnement est celle de reconsommations multiples. « À ce moment-là on va se poser des questions : est-ce que la personne elle a vraiment sa place ici ? Est-ce qu'elle a vraiment un projet d'abstinence ? [...] ». Car à travers ces comportements, la personne ne montre pas un désir de changement de sa situation. De ce fait, le suivi et l'encadrement deviennent inutiles.

10.3.4.4 Sevrage

Il arrive que dans la structure d'André* « [...] si quelqu'un est en grosse rechute on va plutôt privilégier un sevrage pour vraiment qu'il puisse se poser. ». Pour lui cela est important car lorsque la personne toxicodépendante est trop proche du produit il est impossible de travailler avec elle. « Donc un passage pour nous c'est la Calypso¹⁷¹, où la personne va se poser pis va reprendre la distance avec le produit. ». Ensuite elle pourra

¹⁷¹ La Calypso est un centre hospitalier accueillant momentanément des personnes souffrant d'addiction et qui souhaitent effectuer un sevrage.

réintégrer le centre et les intervenants en toxicomanie l'accompagneront à nouveau dans sa démarche de changement.

Cette stratégie est donc utilisée lorsque la rechute est tellement conséquente que la personne toxicodépendante ne parvient pas à la travailler correctement. De ce fait, le traitement sera interrompu et afin de pouvoir réintégrer le centre, il sera donc nécessaire pour l'usager d'effectuer un sevrage.

Cela arrive par exemple lorsque l'appel du produit est très présent, ce qui empêche la personne de se concentrer sur sa rechute car elle ne pense qu'à une seule chose : consommer.

10.4 Perspectives face au suivi et à l'accompagnement des personnes toxicodépendantes

Pour clore mes entretiens, j'ai demandé aux professionnels s'ils souhaitaient apporter des changements ou quels seraient leurs rêves pour travailler encore mieux le phénomène de la rechute.

Leurs réponses étaient nombreuses et chacun d'entre eux avait des idées bien définies et différentes des autres étant donné que cette question faisait appel à leur avis personnel. Cependant, j'ai tout de même réussi à dégager trois niveaux dans lesquels se regroupaient leurs propos.

10.4.1 Du point de vue philosophique

Deux professionnels m'ont fait comprendre qu'ils aimeraient pouvoir changer le regard que porte la société sur les personnes toxicodépendantes. Ils m'expliquaient que les usagers de drogues sont « mal vus » par la population et que ce n'était pas facile pour eux de vivre comme cela car, selon les professionnels, ce sont des personnes qui ont besoin de soutien.

C'est pour cette raison qu'Henri* aimerait vraiment que leurs représentations évoluent. « [...] *c'est toujours délicat de dire que des gens reconsommant [...]* », car il en ressortira que les intervenants en toxicomanie ne travaillent pas et laissent les résidents faire ce qu'ils veulent. Cela semble être dû au fait que la rechute n'est pas considérée comme faisant partie du processus par tout le monde, mais qu'elle est vue comme un échec.

Eric* me précise que la toxicomanie « [...] *c'est aussi une maladie qui est portée par la société [...]* C'est pas que le toxicomane qui se crée lui-même. ». Pour lui, cela montre

bien qu'en réalité la société va mal et donc qu'il « [...] y a aussi quelque chose qui crée de la toxicomanie, y a pas que l'attrait du produit. ». On voit bien ici que la société joue un rôle important dans la toxicodépendance et qu'il serait bien de pouvoir agir à son niveau afin d'apporter des changements.

10.4.2 Du point de vue de la pratique

Certains professionnels m'ont expliqué que même s'ils disposaient déjà de nombreux éléments pour travailler la rechute, il restait toujours des méthodes ou des stratégies pour améliorer cet accompagnement.

En effet, André* commence son discours en ayant le sentiment d'avoir déjà « [...] des outils performants [...] » à disposition. Cependant, comme l'amélioration est toujours possible dans ce métier, il pense que dans son centre les professionnels pourraient travailler par produit. Cela signifie « [...] que peut-être pour les cocaïnomanes un groupe plus axés comportemental-cognitif ça pourrait avoir un sens. ». Il reconnaît volontiers que des améliorations sont toujours possibles. « [...] on peut encore être plus formé en entretien motivationnel, en maladies psychiques. », car la demande augmente de plus en plus actuellement.

« [...] j'aimerais bien faire un travail beaucoup plus personnel, beaucoup plus individualisé et en même temps j'aimerais faire beaucoup plus de travail sur le groupe, sur la communauté. ». Pour Henri*, comme les personnes toxicodépendantes vivent souvent en retrait et seules, il serait nécessaire de leur apprendre le partage et l'acceptation du regard de l'autre sur eux à travers la vie communautaire.

Sandra* pense également qu'ils sont « [...] assez complet ici dans notre façon de travailler. ». Mais elle admet qu'il serait peut-être bien de « [...] réapprendre les gestes simples de la vie quotidienne [...] », car ils ne le font plus beaucoup. Un ancrage plus important des tâches de la vie quotidienne dans la pratique éducative pourrait donc se révéler être un manque dans son institution.

Pour André*, Henri* et Sandra* je constate que de nouvelles méthodes, ou manières de travailler, pourraient être instaurées dans leurs structures respectives. Même si initialement ils semblent satisfaits des outils dont ils bénéficient pour le traitement de la rechute, ils estiment qu'ils pourraient en explorer davantage. De plus, ils pensent que les professionnels peuvent toujours se perfectionner. Cela montre bien la motivation des intervenants en toxicomanie à constamment rechercher des améliorations, afin de proposer des services au plus proche des besoins des usagers.

Deux autres professionnels semblaient avoir identifié une nouvelle stratégie pour traiter la rechute : s'éloigner des milieux à risque afin de protéger la personne toxicodépendante.

C'est le cas notamment d'Eric* : « *Moi mon rêve ce serait d'ouvrir une maison dans le désert.* ». Pour lui, lorsque les personnes se droguent elles sont en situation de survie, mais ici en Suisse elles ont toujours la possibilité de vivre car elles ont à boire et à manger en suffisance. Alors que dans le désert Eric* « [...] *pense que la personne serait confrontée vraiment à se dire "Mais est-ce que je veux vivre ou mourir ?" Parce que se droguer c'est un suicide...c'est un suicide en douceur.* ». Il aimerait donc s'éloigner de la civilisation afin que les personnes toxicodépendantes puissent réaliser ce que représente la vie et à quel point elle est précieuse.

« *Je m'éloignerais encore plus des milieux à risque.* » suggère Luc*. Bien entendu, il a conscience que cela est « *idéal car ils doivent apprendre à vivre dans notre société.* ». Mais il souhaiterait se rendre davantage dans le désert afin que les personnes toxicodépendantes apprennent à se concentrer sur l'essentiel et à mener une vie simple. Luc* m'a fait part de son envie de renforcer « *L'isolement et la prière.* », car pour lui cela permet de se découvrir soi-même, ce qui est essentiel.

Pour Eric* et Luc*, il paraît essentiel d'accompagner les personnes toxicodépendantes dans des lieux protégés, retirés de la civilisation. Aux yeux de ces deux professionnels, cela permettrait d'une part d'éviter les tentations et d'autre part de se recentrer sur soi en priant. Grâce à cela les usagers de drogues pourraient réfléchir sur leurs comportements tout en essayant de trouver un nouveau sens à leur vie.

10.4.3 Du point de vue des structures et du réseau

Dans certains discours j'ai pu comprendre que certaines difficultés subsistaient par rapport à l'organisation interne des structures ou à la collaboration avec le réseau.

D'ailleurs Julie* souhaiterait changer « [...] *l'accessibilité aux réseaux de soins psychiatriques pour les personnes qui ont un double diagnostic*¹⁷². ». En effet, elle m'explique que la rechute n'est pas acceptée dans ces milieux-là et qu'en cas de reconsommation, les personnes toxicodépendantes doivent quitter le centre. « *Pour moi mettre dehors un toxicomane parce qu'il a consommé c'est comme de mettre à la porte un schizophrène parce qu'il entend des voix. C'est ... il a toujours le symptôme et on*

¹⁷² Lorsqu'une personne présente un double diagnostic cela signifie qu'en plus d'avoir des problèmes de toxicomanie elle souffre également de troubles psychiques.

accepte pas le symptôme. ». Elle aimerait donc que cela change afin que les personnes présentant un double diagnostic puissent être soignées correctement.

André* pense également qu'il est important que chaque personne toxicodépendante bénéficie d'un réseau, « [...] donc ça veut dire on doit prendre les gens au plus bas et essayer de les amener au plus haut. ».

Je remarque qu'aux yeux de ces deux professionnels il est primordial que les personnes toxicodépendantes bénéficient d'un réseau afin d'être accompagnées dans leur processus de changement. Il faudrait donc rendre celui-ci accessible à toutes afin de ne pas prêter leur avenir.

Pour Luc*, j'ai compris à travers ses propos qu'un nombre plus élevés d'éducateurs sur le terrain serait bénéfique. En effet, il m'explique que lorsque ceux-ci sont occupés à autre chose qu'à l'accompagnement, les résidents se sentent délaissés et « [...] là c'est des petits dangers, on voit pas les petits enjeux entre eux. Un jeune qui va pas très bien on perd le fil et ça c'est très délicat [...] ». De ce fait, il arrive que les professionnels aient le sentiment de passer à côté de quelque chose de significatif pour le jeune.

C'est le cas également dans la structure d'Henri* où le manque de personnel se fait ressentir : « [...] des fois on a pas toujours le temps de bien faire. On est peu nombreux, y a beaucoup de monde qui sort donc on a pas beaucoup le temps pour voir tout le monde comme il faut pour faire une préparation correcte. ». Pour lui, il est primordial de prendre le temps pour organiser une sortie car cela peut parfois éviter une rechute. Il regrette donc que les résidents ne puissent parfois pas bénéficier de ce moment-là.

Pour Luc* et Henri*, c'est en termes d'organisation interne des structures qu'il reste une difficulté car ils ressentent parfois le besoin d'augmenter les effectifs. Je constate que leur souhait est pensé dans le but d'améliorer davantage l'accompagnement proposé aux consommateurs de drogue.

11 Synthèse de l'analyse

Afin que mon analyse soit complète, il est essentiel que je compare les éléments qui m'ont été apportés par les concepts théoriques à ceux transmis par les professionnels du terrain. De cette manière, je vais pouvoir vérifier et apporter une réponse aux hypothèses que j'avais préalablement posées. Soit celles-ci se confirmeront, soit elles s'infirmeront et je les modifierai en conséquence.

Hypothèse n°1 :

Les professionnels investiguent sur plusieurs dimensions (facteur de risque, environnement, démarche thérapeutique entreprise, etc) afin d'ajuster l'accompagnement et le plan d'action à la personne toxicodépendante.

Au cours de mes entretiens j'ai pu constater que généralement les intervenants en toxicomanie investiguent peu par rapport aux anciennes démarches entreprises par leurs usagers. La majorité d'entre eux m'expliquaient qu'ils contactent les précédentes structures principalement en cas de problèmes psychiatriques, afin d'avoir le bilan complet. En effet, pour débiter l'accompagnement ils préfèrent se baser sur les faits et expériences contés par la personne toxicodépendante plutôt que de lire son ancien dossier.

De ce fait, à moins qu'un problème de santé psychique soit présent, les professionnels ne voient pas d'inconvénients à ce que cette dernière raconte elle-même son histoire. Bien entendu, ils ont conscience que cela peut prendre du temps car l'utilisateur doit se sentir en confiance, mais pour eux cela ne perturbe pas le déroulement de l'accompagnement.

Ce procédé ressemble à celui appliqué dans la relation d'aide définie par LeBlanc (2001), ainsi que dans les entretiens motivationnels. L'important réside dans le fait de se centrer sur la personne et sur ce qu'elle apporte au lieu d'essayer d'aller chercher des réponses par soi-même. Comme le professionnel a pour rôle de créer un climat de confiance et de sécurité avec l'utilisateur, ce sera une excellente manière de créer le lien. Schneeberger et Brochu (2000) expliquent clairement que sans alliance thérapeutique il est difficile de progresser dans l'accompagnement. Cungi (2006) pense également qu'il est primordial que la personne considère le professionnel comme un partenaire, et réciproquement, afin de faciliter les échanges. Si ce dernier ne peut être établi, il sera difficile de travailler et de progresser dans l'accompagnement au changement. Comme le soulignaient Miller et

Rollnick (2006), il faut que le professionnel veille à s'intéresser constamment à ce que pense la personne.

Durant les entretiens, j'ai pu m'apercevoir que les intervenants en toxicomanie ne se renseignent pas non plus sur l'environnement de la personne. Cependant, ils disent collaborer avec l'entourage (famille et amis) et les employeurs, si nécessaire, tout au long de l'accompagnement. Certains professionnels pensent même qu'il faut renforcer ce soutien aux proches car cela semble primordial afin que ces derniers ressentent un certain soulagement.

Comme j'ai pu le lire dans les théories sur le behaviorisme de Skinner, cité par Horwitz (2007), il est essentiel de collaborer et de travailler avec l'entourage. Celui-ci peut être le moteur d'un changement car selon l'image qu'il renvoie par rapport à un comportement, l'auteur de ce dernier le continuera ou l'arrêtera. De ce fait, si la famille est présente dans le processus de changement et qu'elle montre de la satisfaction lorsque l'utilisateur se soigne, ce comportement sera renforcé et il aura envie de poursuivre sa guérison.

De plus, comme le soulignait Lecomte (2004), l'entourage se révèle être une source du sentiment d'efficacité personnelle. Quand on sait que ce dernier permet d'agir en vue d'un changement, on comprend qu'il est important que la famille soit aux côtés de la personne toxicodépendante et qu'elle la soutienne. À travers ses réactions et ses paroles, elle aura un impact essentiel sur la modification des comportements de cette dernière, ce qui montre bien qu'elle renforcera ce sentiment d'efficacité personnelle

Suite aux entretiens que j'ai menés, je remarque que mon hypothèse ne correspond pas à la réalité présente sur le terrain. Mes résultats me permettent donc de constater que :

Les professionnels s'appuient sur les informations qu'apporte la personne toxicodépendante et ne font pas d'investigations quant à ses expériences passées en matière de thérapies, à moins que celle-ci présente des antécédents psychiatriques.

Ils collaborent avec l'entourage de la personne toxicodépendante et l'intègre à son accompagnement autant que possible afin que chacun aille dans la même direction.

Hypothèse n°2 :

Dans le but de traiter la rechute les professionnels élaborent un projet d'accompagnement type :

- Ils ciblent les facteurs déclencheurs de la rechute ;
- Ils intègrent les bases acquises par la personne toxicodépendante avant sa rechute ;
- Ils prennent en compte les expériences antérieures des toxicomanes ;
- Ils définissent un nouveau plan d'action en tenant compte de la rechute.

Tout d'abord, il me semble primordial de rappeler que durant mes entretiens j'ai remarqué que les professionnels considèrent la rechute comme étant la règle plutôt que l'exception. La conception de ce phénomène a donc grandement évolué depuis quelques années et cela est certainement dû à la réalité du terrain. Pour les intervenants en toxicomanie celle-ci fait entièrement partie du processus de changement.

D'ailleurs, dans les stades de changement observés par Prochaska et DiClemente, cités dans l'ouvrage de Cungi (2006), la rechute fait partie du processus de changement. Ce dernier est représentatif d'un modèle circulaire dans lequel la personne peut, à un moment donné, revenir à un stade antérieur tout en conservant ce qu'elle a acquis dans les autres stades.

Tout cela montre bien que la rechute nécessite d'être insérée à la démarche de changement de comportement et que les professionnels doivent l'accepter et la travailler. Il est important de préciser que cette intégration se fait à deux niveaux sur le terrain : sur un mode préventif tout d'abord, puis, lorsque la rechute a eu lieu, ils la travaillent avec les usagers.

Dans l'accompagnement au quotidien, les intervenants en toxicomanie interviewés utilisent les thérapies cognitivo-comportementales, les entretiens individuels, les groupes de prévention de rechute, les prises d'urine ainsi que certains médicaments de substitution.

Les intervenants en toxicomanie interrogés m'ont d'ailleurs signalé que la rechute peut être utile pour la personne toxicodépendante, mais pour cela il faut l'utiliser et en faire quelque chose de positif. Malheureusement ils ne m'ont pas précisé la manière employée pour atteindre ce but. Cette idée rejoint celle de Haug, Sorensen, Gruber et Song (2008), qui expliquaient que cette étape permet notamment à l'utilisateur d'identifier les situations qui

sont à risque pour lui. Une fois que cela est fait, il faudra étudier ces dernières et rechercher des stratégies de prévention de rechute.

Un autre point essentiel que je souhaite relever, c'est que les professionnels font une distinction entre la rechute et la reconsommation, aussi appelé dérapage ou chute.

Pour eux, la reprise de produit ne constitue donc pas forcément une rechute à proprement dite. En effet, la majorité d'entre eux ne parle de rechute que lorsque la personne a repris son ancien mode de fonctionnement après un certains temps d'abstinence et qu'elle consomme autant qu'auparavant.

Lorsque je lis le chapitre de Marlatt et Witkiewitz (2008) sur la prévention de la rechute, et même celui de Haug, Sorensen, Gruber et Song (2008), je remarque qu'eux aussi émettent une nuance entre la rechute et ce qu'ils qualifient de dérapage. Ils expliquent clairement qu'une reprise de produit est assimilée à une reconsommation et que si celle-ci perdure et s'intensifie, elle sera alors appelée « rechute ». La quantité ingérée ainsi que la durée dans le temps constituent donc des facteurs importants lorsque l'on parle de ce phénomène.

En ce qui concerne le projet d'accompagnement, à la suite de mon analyse j'ai compris qu'il est présent dès le départ et non pas uniquement suite à une rechute. Les professionnels établissent un plan, ou un contrat, lorsque la personne toxicodépendante arrive dans leur structure. Même si le contenu n'est pas identique d'une institution à l'autre, je remarque que dans la majorité d'entre elles, des objectifs sont fixés avec l'utilisateur, en accord avec un professionnel. Dans tous les cas, l'élaboration du projet d'accompagnement et des objectifs se fait de manière individuelle étant donné que chaque personne est unique. Mais l'essentiel est que la personne toxicodépendante se situe toujours au centre du projet d'accompagnement et ce dernier se définit en fonction de ses besoins et attentes. Cungi (2006) expliquait qu'il était primordial de laisser la responsabilité du changement à la personne elle-même et de ne pas surestimer l'importance du professionnel. De ce fait la personne deviendra actrice de son projet, comme l'encouragent Miller et Rollnick (2006), et cela permettra également d'évaluer les objectifs communément par la suite.

Si je regarde du côté de la théorie, je vois que cette méthode contractuelle est présente dans l'analyse fonctionnelle de Berne, expliquée par Horwitz (2007), ainsi que dans l'entrevue motivationnelle dont parlait LeBlanc (2001). Dans les deux cas, un contrat est établi entre le professionnel et la personne qui demande de l'aide. Celui-ci sert de fil

conducteur à l'accompagnement et est une base solide sur laquelle s'appuyer en cas de doute ou de moments difficiles. Les professionnels interrogés me disaient que le projet d'accompagnement permet d'individualiser le suivi. Celui-ci est élaboré au cas par cas et comprend les objectifs de la personne, ses principales difficultés ainsi que les ressources sur lesquelles elle peut s'appuyer. L'entrevue motivationnelle de Miller et Rollnick (2006) semble même donner quelques conseils qui permettraient de définir des objectifs de la meilleure façon possible. Ceux-ci constituent le noyau du contrat, ou du projet d'accompagnement, et il faut donc y accorder une attention toute particulière.

Par rapport à l'élaboration du plan individualisé, je constate que sur le terrain les professionnels interviewés appliquent les conseils donnés par Aubin (2004). En effet, ce dernier expliquait que les professionnels ne doivent pas essayer de faire appliquer un programme type à la personne toxicodépendante. Au contraire, ils doivent créer un plan qui soit adapté à cette dernière afin qu'elle se sente écoutée, entendue et comprise. De plus, comme chaque personne est différente, il est essentiel de déterminer un projet au cas par cas. Pour Aubin (2004), cela facilite l'accompagnement car étant donné que les objectifs émanent de l'usager, il sera certainement motivé davantage à les réaliser.

Durant mon analyse j'ai pris conscience du fait que les intervenants en toxicomanie bénéficiaient de nombreux outils ou méthodes¹⁷³ pour traiter la rechute. Ils ne s'en tiennent donc pas uniquement au projet d'accompagnement, comme je l'avais pensé, mais ils mettent en place diverses stratégies leur permettant d'agir au mieux. Ils m'ont notamment parlé de méthodes à appliquer au cours d'entretiens individuels. Par exemple, certains emploient les thérapies cognitivo-comportementales et d'autres les analyses fonctionnelles. Les professionnels interrogés expliquaient qu'ils utilisaient ces dernières à la suite d'une rechute afin de pouvoir la comprendre et identifier diverses stratégies pour éviter que cela ne se reproduise. Il arrive également que les professionnels associent un soutien médicamenteux à leur accompagnement.

Tout comme j'avais pu le relever à travers les concepts théoriques, les thérapies cognitivo-comportementales sont très souvent utilisées dans le traitement des dépendances. Elles regroupent à la fois les éléments du behaviorisme de Skinner, rapporté par Horwitz (2007) et ceux des thérapies sociales cognitives expliquées par Marlatt et Witkiewitz (2008).

¹⁷³ Suite à la rechute ils peuvent pratiquer l'analyse fonctionnelle (pour comprendre celle-ci), modifier le plan d'accompagnement (réajuster le niveau des objectifs, entretien de réseau, retour à zéro pour la personne dans son statut), faire une interruption de traitement (exclusion temporaire ou définitive) ou demander à la personne d'effectuer un sevrage.

Pour rappel, le behaviorisme consiste en l'apprentissage et le changement d'un comportement suite aux conséquences que ce dernier engendre et aux confrontations auxquelles la personne doit faire face. Si elles sont positives, la personne reproduira son attitude, mais si elles sont négatives il y aura de grandes chances pour qu'elle cesse cela. Dans la pratique, les exclusions temporaires suite à une rechute ou le retour à zéro constituent les renforcements négatifs d'une rechute. Pour encourager les personnes à reprendre leur démarche de changement, certains professionnels disaient qu'ils accordaient un entretien par semaine aux personnes toxicodépendantes exclues momentanément de leur centre. De plus, si ces dernières renouvelaient la demande et se montraient motivées, elles avaient l'opportunité de réintégrer la structure, ce qui est plutôt positif.

Le « modeling », les stratégies de coping et le sentiment d'efficacité personnelle font partie des thérapies sociales cognitives. Le « modeling », étudié par Bandura et repris par Horwitz (2007), démontre que chaque individu apprend ses comportements en imitant ceux des autres. Cela prouve que l'environnement dans lequel on évolue et les gens que l'on côtoie ont un impact significatif sur nos agissements. Sur le terrain, le « modeling » peut être comparé aux groupes organisés dans les structures, car les professionnels pensent que cela est utile de permettre aux usagers de partager leurs expériences. En agissant ainsi ils pourront se référer aux situations similaires vécues par les autres résidents et identifier les stratégies que ceux-ci avaient mis en place pour s'en sortir.

Les stratégies de coping, citées par Marlatt et Witkiewitz (2008), sont des moyens que les personnes utilisent soit pour assumer, soit pour s'adapter à une situation. Elles sont probablement travaillées dans les institutions, au cours des entretiens individuels ou groupaux par exemple, cependant les professionnels interviewés ne m'en ont pas fait part. Enfin, le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura, dont parle Lecomte (2004) dans son article, démontre que la croyance de l'individu en sa capacité de changer influence considérablement une modification de comportement. Lorsque les professionnels interrogés m'expliquaient qu'ils réalisaient des prises d'urine motivationnelles, je peux penser qu'ils essayaient donc de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de leurs usagers. Par exemple, en atteignant leur objectif de réaliser une prise d'urine négative le lundi, ils réaliseront qu'ils sont capables, s'ils le décident, de ne pas consommer durant un week-end. Si au contraire ils n'y parviennent pas, il se peut qu'ils se mettent à douter et à se sentir incapable, ce qui diminuera le sentiment d'efficacité personnelle des usagers.

Après avoir pris connaissance de ces éléments théoriques, je constate que les professionnels devraient analyser les comportements et leurs conséquences avec la

personne toxicodépendante. Cela permettra à l'usager de réaliser l'impact de ces derniers sur le cours de sa vie. Pour réaliser ces bilans, les entretiens individuels sont nécessaires. Les intervenants en toxicomanie pourraient utiliser l'entretien motivationnel pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de leurs usagers, puis les analyses fonctionnelles pour le reste.

Ces dernières, étudiées par Marlatt et Witkiewitz (2008), sont utilisées au cours des préventions de la rechute. Elles permettent d'analyser et de décortiquer une rechute en notant quel était l'élément déclencheur, quels étaient les émotions et sentiments ressentis au cours de celle-ci, quelles ont été les réactions de la personne puis les conséquences de ces dernières. Une fois que cette exploration est effectuée, elle permet à la personne toxicodépendante et au professionnel de mieux comprendre la rechute et d'identifier des stratégies à mettre en place afin d'éviter que la situation ne se renouvelle. D'ailleurs certains intervenants en toxicomanie m'ont expliqué qu'ils analysaient la rechute avec l'usager afin de l'appréhender au mieux et de pouvoir prévenir certaines situations à risques.

Enfin, comme je l'ai dit précédemment, les intervenants en toxicomanie peuvent transférer la personne toxicodépendante dans un hôpital pour qu'elle puisse effectuer un sevrage, cela pour traiter les rechutes trop conséquentes. D'ailleurs Aubin (2004) déclare que *« l'objectif général des soins de l'addiction est de permettre à l'individu de retrouver un fonctionnement satisfaisant, sur les plans physique, psychologique et social [...], bref de retrouver une qualité de vie »*¹⁷⁴. Lorsque la personne toxicomane présente des symptômes de dépendance physique, il sera important de cibler prioritairement le traitement à ce niveau avant de s'occuper de la dépendance psychologique.

Comme le soulignaient O'Connor et al (2003), un sevrage du produit psychotrope ainsi que des médicaments s'avère être le but ultime de la guérison. Cependant, ils rappelaient qu'il faut diminuer cela progressivement afin que la personne toxicodépendante ne ressente pas un manque trop important qui la pousserait à reconsommer. Les médicaments de substitution, telle que la méthadone pour l'héroïne, semblent donc être une béquille solide sur laquelle s'appuyer.

¹⁷⁴ AUBIN H-J. *Ibid.* p. 88.

Au vu de ce qui précède, je peux émettre les constats suivant :

Un projet d'accompagnement, ou contrat, est établi à l'arrivée de la personne toxicodépendante. Celui-ci comporte les objectifs de changement que souhaite atteindre cette dernière.

En cas de rechute, ce projet est réévalué de deux manières possibles : soit par l'élaboration d'un nouveau plan (définition de nouveaux objectifs, modification de l'accompagnement, ...), soit par le réajustement des objectifs de base.

Pour traiter la rechute, les professionnels peuvent mettre en place de nombreuses stratégies au cours des entretiens individuels (TCC, entretien motivationnel, ...) ; ou ils peuvent s'appuyer sur un suivi médicamenteux pour prévenir de la rechute.

Mes entretiens m'ont également permis de constater que les intervenants en toxicomanie désirent accroître le soutien aux proches des personnes toxicodépendantes. De leur point de vue, le fait de donner des explications sur la toxicomanie ainsi que des recommandations pour mieux gérer leur culpabilité ou malaise, permettraient de soulager l'entourage.

Cette manière de travailler démontre que le travail de la rechute ne se fait pas uniquement avec les personnes toxicodépendantes et qu'il ne faut pas se limiter à cela. Étant donné que l'entourage est fortement concerné il semble primordial de les impliquer et de leur accorder une attention particulière.

Le souhait des professionnels, par rapport au renforcement du soutien aux familles, rejoint l'idée de base de l'approche psychoéducative de McFarlane (1983, 2002a et 2002b), rapportée par Cassen et Delile (2007). Il paraît essentiel d'expliquer à l'entourage ce qu'est la toxicomanie et quelles sont ses conséquences. Il faudra également leur donner des pistes pour essayer de gérer une telle situation. Cela aidera les proches à mieux comprendre cette maladie et de ce fait ils seront à même de soutenir davantage la personne toxicodépendante. De plus, il est essentiel de créer des moments d'échanges durant lesquels la famille pourra exprimer sa souffrance et ses difficultés auprès des intervenants en toxicomanie. Les professionnels interrogés sont donc sur une excellente voie lorsqu'ils songent à accroître cette collaboration en offrant des moments d'explications, de partage et d'écoute pour l'entourage.

Partie IV : Synthèse du travail

12 Pistes d'action professionnelles

En orientant mon Travail de Bachelor autour de la manière dont les intervenants en toxicomanie travaillent la rechute, ainsi que la modification qu'ils opèrent sur le projet d'accompagnement, j'ai pu constater certaines choses.

Tout d'abord, le phénomène de la rechute est à la fois complexe et incontournable lorsque l'on travaille auprès de personnes toxicodépendantes. J'ai appris que les professionnels employés dans des structures accueillant ce type de population doivent tout d'abord accepter que cette dernière fasse partie intégrante du processus de changement. Étant donné le pourcentage élevé de rechute chez les personnes toxicodépendantes en traitement, j'ai compris que les intervenants doivent faire preuve de lâcher-prise. À la suite des entretiens que j'ai menés, j'ai remarqué que pour pouvoir travailler de longues années dans ce milieu, il est essentiel de ne pas poser des exigences trop élevées ou tout du moins d'accepter que la rechute fasse partie du processus de changement. Au final, ce n'est pas la perfection du parcours ou le résultat qu'il faut relever, mais plutôt les nombreuses améliorations et l'ensemble du chemin parcouru.

J'ai également réfléchi à quelques pistes d'action qu'il serait possible de mettre en œuvre pour les intervenants en toxicomanie.

Je pense tout d'abord qu'il serait important que tout le monde considère la rechute telle qu'elle est : comme faisant partie intégrante d'une maladie dont il est difficile de se sortir seul. Cela éviterait à la personne toxicodépendante de vivre avec ce regard accusateur que porte parfois la société sur elle. J'ai conscience que sensibiliser l'ensemble de la population semble quelque peu utopiste, mais mon but serait d'informer le plus de monde possible.

Pour ce faire, j'ai pensé à développer des cours de prévention de la toxicomanie. Bien entendu, il en existe déjà, par exemple ceux qui sont donnés par des intervenants durant les cours au cycle d'orientation. Cependant je pense qu'il serait intéressant de développer cela pour les parents d'élèves dès la sixième primaire, cet âge se révélant être l'entrée dans l'adolescence et donc le début des expérimentations. Ces cours pourraient

s'organiser en plusieurs rencontres. La première fois, les intervenants en toxicomanie définiraient la toxicodépendance de manière globale tout en expliquant les impacts neurologiques de cette maladie. Au cours de la rencontre suivante, ils aborderaient les risques que leurs adolescents en arrivent-là et transmettraient certains conseils pour déceler des situations à risque. Dans un troisième temps, le témoignage d'une personne toxicodépendante ayant commencé durant son adolescence pourrait être envisagé. Bien entendu, les intervenants mettraient à disposition des parents des documents fournissant des informations détaillées sur le sujet et dans lesquels figureraient les coordonnées de personnes de contact.

En résumé, je pense que la création de cours de prévention de la toxicodépendance, adressés plus spécifiquement aux parents d'adolescents, constitue une opportunité de sensibiliser une grande partie de la population. De plus, cela permettrait une prévention supplémentaire à celle effectuée uniquement auprès des jeunes, qui bien souvent ne prêtent pas attention aux informations qui leur sont transmises.

Un dernier élément que je modifierais se trouve dans l'élaboration du projet d'accompagnement. Comme le suggéraient Cournoyer et Roy (2001), un regroupement des informations-clés concernant le suivi et l'évolution de la toxicomanie de leurs usagers semble pertinent. Notamment en notant leurs produits de prédilection, leurs modes de consommations ainsi que leurs attentes et leurs besoins en termes d'accompagnement. Je créerais donc un nouveau formulaire qui serait rempli par les structures ambulatoires lors de l'arrivée d'un nouvel usager étant donné qu'elles constituent un passage obligé avant l'entrée en résidentiel. Les intervenants en toxicomanie complèteraient ces données avec la personne toxicodépendante et transmettraient une copie de ce document, lors de l'admission en institution, au professionnel responsable de l'accompagnement.

13 Bilan personnel

Me voici au terme de la rédaction de mon Travail de Bachelor et il est temps pour moi de rédiger mon bilan personnel par rapport à cette aventure.

Tout d'abord, je souligne le fait que cette expérience fût extrêmement enrichissante pour moi, tant sur les plans professionnels et intellectuels que personnels.

Il n'a pas été aisé de se mettre dans une procédure de recherche, car je n'avais jamais eu à réaliser un travail d'une telle ampleur au cours de ma formation. Cependant, celui-ci m'a permis de réaliser à quel point il est important d'avancer par étapes : les recherches théoriques, l'élaboration d'hypothèses, l'enquête de terrain, l'analyse puis la mise en perspective de cette dernière avec la théorie. Afin de respecter un certain ordre de progression ainsi que ma planification initiale, il m'a tout d'abord fallu faire preuve d'organisation.

Je pense également que ce travail m'a permis de développer davantage mes techniques dans l'expression écrites ainsi que dans la méthodologie. Cela me sera très utile dans ma pratique professionnelle, notamment pour la rédaction de rapport.

À travers ce travail, j'ai pu atteindre les objectifs que je m'étais fixés par rapport aux concepts théoriques.

J'ai pu expliquer ce qu'est la toxicomanie et la rechute grâce aux diverses lectures et recherches effectuées. L'œuvre de Marlatt et Donovan (2008) m'a aidé à définir ce qu'est le phénomène de la rechute et il m'a permis d'identifier certaines stratégies préventives.

L'ouvrage de LeBlanc et Séguin (2001) m'a démontré ce qu'est la relation d'aide, primordiale pour les intervenants en toxicomanie. J'ai donc pu me rendre compte du rôle que doit tenir le professionnel lorsqu'il travaille aux côtés de personnes demandant de l'aide.

Comme j'avais récolté un grand nombre d'informations, j'ai dû trier celles-ci et j'ai fait appel à ma capacité de synthèse pour la rédaction.

La réalisation d'entretiens auprès des intervenants en toxicomanie fut l'étape la plus intéressante mais aussi la plus angoissante pour moi. En effet, j'ai tout d'abord dû construire une grille d'entretien qui me permettrait d'obtenir les éléments nécessaires pour répondre à ma question de recherche. J'ai dû faire preuve de patience pour cette étape car j'avais envie de me rendre rapidement sur le terrain, cependant au préalable je devais avoir rédigé et testé ma grille auprès de quelques professionnels.

Une fois les entretiens terminés, je les retranscrivais à l'ordinateur. Pour ce faire, j'ai donc mobilisé mes compétences dactylographiques qui m'ont permis de progresser plutôt rapidement. Bien que ce travail m'ait pris beaucoup de temps, cela m'a en quelque sorte facilité la tâche pour l'analyse qui s'en suivait.

Suite aux entretiens je me suis rendue compte que plus j'en menais, plus j'avais confiance en moi et interagissais avec aisance avec mon interlocuteur. De plus, j'ai appris à développer une posture d'écoute favorisant les échanges avec les intervenants en toxicomanie.

Je souligne également que la réalisation de mon Travail de Bachelor m'a beaucoup apporté durant mon stage, que j'effectuais en parallèle dans une structure accueillant des personnes toxicodépendantes. Les éléments théoriques et les contributions transmises par les professionnels interviewés m'ont permis d'être à l'aise dans l'accompagnement au quotidien. J'ai notamment pu me référer à certaines méthodes employées pour le traitement de la rechute lorsque mon co-référé se trouvait dans cette situation.

Ma pratique a changé grâce à ce travail car auparavant je ne savais pas comment pratiquer l'entretien motivationnel et l'analyse fonctionnelle. Cependant, à travers mes recherches j'ai pris connaissance de diverses techniques pouvant être mises en place sur le terrain pour manier ces outils au mieux. Cela m'a permis de m'exercer durant les entretiens que je menais avec les personnes ayant rechuté et de constater les différences par rapport à mon ancienne pratique. Par exemple, j'ai pu remarquer que l'utilisateur quittait la rencontre plus serein et en ayant une meilleure compréhension de ce qui l'avait amené à rechuter. Je n'avais pas ressenti ces impressions-là lorsque je n'employais pas ces méthodes et j'ai donc pu me documenter davantage afin de les pratiquer régulièrement.

Pour conclure ce chapitre, je tiens à signaler que je termine cette riche expérience avec beaucoup d'enthousiasme et de satisfaction. Pour ma part, ce n'est pas rien d'avoir rédigé un travail aussi conséquent et que j'espère intéressant. Même si ma planification initiale n'a pas été complètement respectée, je suis fière d'avoir pu terminer la rédaction dans les temps que je souhaitais, soit avant de débiter ma carrière professionnelle.

14 Conclusion

Au vu de ce qui précède, je remarque que le traitement de la rechute auprès des personnes toxicodépendantes s'avère être une tâche complexe et vaste pour les professionnels.

Au cours de mes recherches et de mes entretiens, j'ai découvert qu'il existait de multiples stratégies, auxquelles ont accès les intervenants en toxicomanie pour travailler la rechute.

Mon Travail de Bachelor m'a permis de répondre à ma question initiale qui était :

« De quelle manière les intervenants en toxicomanie travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils leur projet d'accompagnement ? ».

Même si auparavant la rechute était bien souvent un motif de renvoi de l'institution, aujourd'hui ce ne semble plus être le cas, du moins dans les institutions dans lesquelles travaillent les personnes que j'ai interviewées, car les mentalités ont évolué. Notons d'ailleurs que l'intervention et l'accompagnement auprès des usagers sont influencés par la lecture que se font les professionnels de la rechute. Comme les intervenants en toxicomanie interviewés la considèrent comme faisant partie du processus de changement, cela était normal pour eux de s'en préoccuper, sans pour autant mettre en péril la continuité du traitement de la personne. Cependant, certaines personnes ne semblent pas avoir compris ce message et nombreux sont les gens qui pensent que pour se sortir d'une toxicodépendance il suffit d'un peu de volonté.

Les stratégies dont disposent actuellement les diverses structures où je me suis rendues semblent déjà nombreuses. Grâce aux thérapies cognitivo-comportementales et à ses multiples outils, ainsi qu'aux divers ouvrages sur les entretiens motivationnels et la relation d'aide, la palette d'action semble complète. Cependant, à travers les interviews j'ai pu constater que les intervenants en toxicomanie sont constamment en quête de nouveaux moyens pour traiter la rechute. Chacun, à leur manière, pense que des améliorations sont encore possibles, tant dans les compétences de l'équipe professionnelle que dans l'accompagnement individuel. L'un des intervenants en toxicomanie m'a parlé notamment d'un travail qui s'effectuerait en se ciblant sur les produits de prédilection. Ce procédé paraît novateur et n'est actuellement employé par aucune des institutions où je suis allée.

En ce qui concerne le projet d'accompagnement, chaque structure fonctionne à l'aide d'un document plus ou moins semblable à ce dernier mais qui porte parfois un nom différent. Je remarque que dans certaines institutions il constitue l'élément de base, conducteur de l'accompagnement, alors que dans d'autres il apparaît plutôt en second plan. Cela ne semble toutefois pas préteriter la prise en charge des personnes toxicodépendantes. Comme l'ensemble des intervenants en toxicomanie interrogés communique rarement avec les autres structures, tout du moins vis-à-vis du suivi de leurs résidents, un document unique relatant le parcours et objectifs de ces derniers ne paraît pas utile.

Bien entendu, je ne parviens pas à énoncer une seule réponse universelle à ma question de recherche, mais plusieurs pistes de solutions très diversifiées. Cela est dû au fait qu'au fond chaque intervenant en toxicomanie choisit la méthode qu'il souhaite employer. Lorsque j'y repense, cette manière de procéder me semble la plus logique car dans ce métier, le principal outil est soi-même. De ce fait, il vaut peut-être mieux que chaque professionnel opte pour le mode d'intervention dans lequel il se sent à l'aise plutôt que d'essayer d'appliquer de nombreux moyens d'action. D'ailleurs je trouve vraiment intéressant de constater que chaque centre agit et réagit différemment lorsqu'il est confronté à la rechute de l'un de leurs usagers. Les conséquences qui s'en suivent n'étant également pas similaires, cela permet à la personne toxicodépendante de choisir librement l'institution où elle souhaite aller, en fonction de ce qu'elle y propose.

En ayant interrogé sept intervenants en toxicomanie mon échantillon s'avère être représentatif pour ces sept professionnels. Comme je cherchais à réaliser un travail qualitatif, je pense que mon souhait est exaucé. En effet, ces derniers se sont exprimés en partant de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs ressentis personnels, exactement ce que je convoitais. De plus, ma grille d'entretien était identique pour tous les professionnels, même s'il m'arrivait de ne pas obtenir les réponses souhaitées, afin qu'au final mon analyse s'appuie sur une base solide.

Je réalise tout de même que parfois je ne disposais pas de toutes les informations concrètes quant à leur pratique. Cela est probablement dû au fait que ma grille d'entretien ne me permettait pas d'obtenir ces renseignements. Si c'était à refaire, je me rendrais sur le terrain afin d'observer les intervenants en toxicomanie au cours d'une de leur journée de travail. En procédant ainsi je pourrais observer la façon dont ils travaillent la rechute avec leurs usagers, ainsi que leurs réactions suite à l'annonce de la rechute.

Il faut également relever le fait que l'analyse, étant accomplie par mes soins, aura certainement été conditionnée par mes intérêts personnels. Mais je pense que c'est là que réside tout l'attrait d'un Travail de Bachelor. J'ai toujours eu un vif intérêt pour le travail auprès des personnes toxicodépendantes et ces recherches m'ont permis d'en apprendre davantage sur la toxicomanie et ses diverses composantes.

En réalisant ce travail de Bachelor j'ai pu passer d'une vision mécanique de l'accompagnement des personnes toxicodépendantes à une vision beaucoup plus humaine. J'ai pris conscience que ce n'est pas l'usager qui doit se plier à un contrat thérapeutique préétabli, mais c'est à l'intervenant en toxicomanie de construire ce dernier avec la personne toxicodépendante, en la plaçant au centre de son projet.

En tant que future professionnelle, j'ai pu remarquer que si je me retrouve face à une personne toxicodépendante refusant d'admettre qu'elle a un problème, j'essaierai tout d'abord de faire tout mon possible pour qu'elle conscientise sa situation. Cependant, si malgré mes efforts et diverses techniques elle reste dans le déni, je lâcherais prise en rendant à la personne ses propres responsabilités quant à ses difficultés. En agissant ainsi je mettrais l'accent sur la continuité du lien, car je sais que ce dernier est essentiel dans l'accompagnement de personnes toxicodépendantes.

Pour conclure, je pense que la rechute chez les personnes toxicodépendantes est un phénomène qui est particulièrement captivant. Même si de nombreux travaux ont déjà été réalisés sur ce sujet, il reste probablement encore une multitude d'aspects à parcourir.

Pour ma part, je me suis intéressée à connaître le point de vue des intervenants en toxicomanie, cependant, je trouverais pertinent de questionner les personnes toxicodépendantes à ce sujet. Je me demande quelle est leur conception de la rechute et aussi de quelles manières elles la travailleraient. Je me dis que seules elles peuvent expliquer aux professionnels quelles sont les méthodes qui fonctionnent le mieux et celles qui posent problème. Comme le travail en partenariat, entre le professionnel et la personne toxicodépendante, est souhaité, il paraît essentiel d'interroger ces dernières pour en savoir plus.

C'est pour cette raison que j'estime que le phénomène de la rechute ne pourra être complètement exploré qu'une fois que chaque partie aura pu exposer son opinion.

15 Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Paris : Masson. 2003. 1064 p.

AUBIN H-J. « De l'approche par produit au concept de l'addiction ». *Projet*. N° 282. 2004. pp. 85 – 90.

BECKER H. S. (traduit par BRIAND J.-P. et CHAPOULIE J.-M.). *Outsiders – Études de sociologie de la déviance*. Paris : A.-M. Métailié. 1985. 247 p.

CAIATA ZUFFEREY M. « Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques ». *Psychotropes*. Vol. 11. N° 1. 2007. pp. 55 – 72.

CAMPENHOUDT L. V. et QUIVY R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunot. 3^{ème} édition. 2006. 256 p.

CASSEN M. et DELILE J-M. « Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives. » *Psychotropes*. Vol. 13. N° 3 – 4. 2007. pp. 229 – 249.

CENTRE COMMUNAUTAIRE D'INTERVENTION EN DÉPENDANCE. « Les drogues : généralités & définitions ». *Drogues & Psychotropes*. [en ligne]. < <http://www.etape.qc.ca/drogues/> >. Consulté le 13 octobre 2012.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. « La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action ». [en ligne].
< <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/consu96.pdf> >. Consulté le 13 octobre 2012.

DR. CUNGI C. *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz. Collection Savoir-faire psy. 2006. 286 p.

DR. AUBERT CH. et DR. BEAUPLÉ A. « La toxicomanie ». *L'éducation au service de la santé*. [en ligne]. < <http://www.prevention.ch/latoxicomanie.htm> >. Consulté le 13 octobre 2012.

GESTIN PH. « Les communautés thérapeutiques Teen Challenge : une présence religieuse en toxicomanie ». *Psychotropes*. Vol. 15. N° 2. 2009. pp. 77 – 97.

GESTION. « Modèle cognitif du développement de traits de personnalité inadaptés ». *Psychomédia*. [en ligne]. <<http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/modele-cognitif-du-developpement-de-traits-de-personnalite-inadaptes>>. Consulté le 13 octobre 2012.

HORWITZ M. « Ch. III : L'analyse transactionnelle, les états du moi ». *Courants et pratiques psy*. Paris : Larousse. L'univers psychologique. 2007. 287 p.

JUTRAS-ASWAD D., BRUNEAU J. et HURD Y. L. « Neurobiologie de la toxicomanie : avancées récentes et nouvelles stratégies d'intervention ». *Drogues, santé et société*. Vol. 8. N° 2. 2009. pp. 27 – 73.

LEBLANC L., SÉGUIN M. [sous la dir.]. *La relation d'aide : concepts de base et interventions spécifiques*. Québec : Logiques. 2001. 366 p.

LECOMTE J. « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle ». *Savoirs*. Hors série. 2004. pp. 59 – 90.

MARLATT A. G. et DONOVAN D. M. [sous la dir.]. *Prévention de la rechute – Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène. 2008. 473 p.

MERLET PH. et BERÈS A. [sous la dir.] « Le Petit Larousse 2003 ». Paris : Larousse. 2002.

MILLER W. R. et ROLLNICK S. *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement* ». Paris : InterEditions-Dunod. 2006. 241 p.

NARCOTIQUES-ANONYMES. « Problème de drogue ? Narcotiques anonymes peuvent vous aider ! ». [en ligne]. < www.narcotiques-anonymes.ch >. Consulté le 13 octobre 2012.

O'CONNOR K. et al. « Évaluation d'un programme d'aide au succès de sevrage des benzodiazépines ». *Revue Santé mentale au Québec*. Vol. 28. N° 2. 2003. pp. 121 – 148.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. « La toxicomanie n'est pas une voie sans issue. La plupart des toxicomanes s'en sortent ». *Drogue : rester lucide*. [en ligne]. <<http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html>>. Consulté le 13 octobre 2012.

RITTER C. et BROERS B. « Consommation contrôlée : des outils pour le praticien ». *Flash addiction*. N° 11. 2008. 14 p.

ROSSIER V. et al. « La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes ». *Psychothérapies*. Vol. 29. N° 2. 2009. pp. 91 – 99.

SCHNEEBERGER P. et BROCHU S. « Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération : un sentier rocailleux ». *Criminologie*. Vol. 33. N° 2. 2000. pp. 129 – 149.

TBCT. « Trial-Based Cognitive Therapy. ». [en ligne]. <<http://trial-basedcognitivetherapy.com/index.php>>. Consulté le 13 octobre 2012.

VAVASSORI D. et al. « Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition ». *Psychotropes*. Vol. 9. 2003. pp. 83 – 101.

VILATTE J-C. « L'entretien comme outil d'évaluation ». *Formation « Evaluation »*. Lyon. 2007. 65 p.

YOUNG J. E., KLOSKO J. S. et WEISHAAR M. E. (traduit par PASCAL B.). *La thérapie des schémas – Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck Université. 2005. 564 p.

16 Cours théoriques (HES-SO)

Module Travail de Bachelor 1. « Principes directeurs ». Cours donné par M. Emmanuel Solioz. 2011.

17 Annexes

17.1 Annexe A – Fil conducteur de l'entretien

Début de l'entretien préciser

- dans quel but je réalise cet interview / où se retrouveront ces données
- que les données enregistrées resteront anonymes
- qu'ils / elles peuvent mettre fin à l'entretien quand ils / elles le désirent
- m'interroger si une question n'est pas claire

Questions d'entretien (après leur avoir demandé de se présenter, profil)

Comment caractérisez-vous, en tant que professionnel, un plan/projet d'accompagnement pour les personnes toxicodépendantes en traitement ?

Comment est-il élaboré ?

En quoi consiste-t-il ?

Comment investiguez-vous sur les précédents traitements / démarches qu'ont suivis vos usagers ?

Comment thématisez-vous la rechute?

À quel moment parlez-vous du risque de rechute aux usagers et comment le faites-vous ?

Quel rôle joue le professionnel dans l'accompagnement des personnes toxicodépendantes suite à une rechute ?

Quelles sont les démarches entreprises lorsqu'un usager a rechuté ?

Comment envisagez-vous votre travail avec la personne suite à une rechute ?

Quelles décisions sont prises et que se passe-t-il avec le plan d'accompagnement défini au départ ?

Comment est-il retravaillé / adapté ?

Suite à une rechute, que faites-vous avec la personne ?

Fin de traitement ?

Redirige vers une autre structure ?

Analyse du réseau ?

Implication de nouveaux partenaires ?

Réévaluation des motivations de l'usager à arrêter sa consommation ?

Quels facteurs déterminent les réajustements / adaptations / réorientations ?

Qu'est-ce qui vous motive à travailler ainsi ?

Pourriez-vous me donner un exemple concret afin que je puisse me représenter les démarches entreprises lorsqu'une personne a rechuté ?

Émotions

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lorsqu'une personne a rechuté ?

Que pensez-vous lorsque la personne que vous accompagnez rechute ?

Échec personnel ?

Faisant partie du processus ?

Pourriez-vous me dire ce que vous avez ressenti et pensé lors de la rechute que vous m'avez précédemment expliquée ?

Ouverture

De quoi auriez-vous besoin afin de travailler au mieux cette dimension de la rechute ?

Qu'aimeriez-vous changer dans l'accompagnement des personnes toxicodépendantes ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Remerciements

17.2 Annexe B – Grilles variables des hypothèses et dimensions

Hypothèse n°1 :

Les **professionnels** investiguent sur plusieurs dimensions (facteur de risque, environnement, démarche thérapeutique entreprise, etc) afin d'ajuster l'accompagnement et le plan d'action à la personne toxicodépendante

Professionnel	Genre ?	Homme Femme	
	Âge ?		
	Formation ?	Base TS	Université HES
		Spécialisé	Rechute TCC ...
	Années de pratiques ES ?		
	Exerce ce métier auprès de toxicodépendant depuis quand ?	Toujours X années	Quelles populations auparavant ?
	Entourage concerné par cette problématique ?		

Investigations	Aucune			
	Oui	Démarches thérapeutiques entreprises pour arrêter de consommer	Seul Institutions (ambulatoires/stationnaires)	Sevrage à sec Entretiens individuels Thérapie de groupe Soutien médicamenteux (méthadone...) TCC Relaxation Cure à l'hôpital
		Facteurs de risques	Liés à la personne Liés à l'environnement	
		Environnement de la personne	Entourage Travail ...	Amis – famille

Hypothèse n°2 :

Dans le but de traiter la rechute les professionnels élaborent un **projet d'accompagnement** type :

- Ils ciblent les facteurs déclencheurs de la rechute ;
- Ils intègrent les bases acquises par la personne toxicodépendante avant sa rechute ;
- Ils prennent en compte les expériences antérieures des toxicomanes ;
- Ils définissent un nouveau plan d'action en tenant compte de la rechute.

Qu'est-ce qu'un projet d'accompagnement (il contient ?)	Motivations de l'utilisateur pour le traitement ?	
	Projets envisagés ?	À court / moyen / long terme De quel type de projet ?
	Objectifs visés ?	À court / moyen / long terme
	Parcours de vie ?	Anciens traitements suivis Anciennes structures fréquentées Méthodes testées seul ou en institution
	Personnes ressources ?	Entourage (famille, amis) Employeur / collègues Travailleurs sociaux (AS) Médecins Anciens référents ...
	Facteurs de risques de rechute	Endroits à éviter Personnes à risque Moments de la journée demandant de la vigilance Internes à la personne
	Stratégies utilisées	TCC – entretiens motivationnels Relaxation Ateliers divers Groupes (partager ses expériences, ressentis...) Soutien médicamenteux / produits de substitution

Projet d'accompagnement	Basique (existe un formulaire-type pour les usagers de la structure)			
	Constitué en réseau	Avec	Médecin AS Équipe ...	
	Au cas par cas – élaboré avec la personne	Selon l'utilisateur (en l'interrogeant, ou en regardant dans les anciens rapports s'il y en a)	Ressources Compétences Expériences antérieures Anciennes démarches Bases acquises	À quel niveau, dans quels domaines ?
	Pas de projet			

Projet d'accompagnement si rechute	Fin de traitement		
	Modification du plan	En équipe Avec l'utilisateur	Réévaluations des motivations de l'utilisateur Repart de zéro, nouveau projet Adaptation de certains points dans le projet Réévaluation et adaptation des objectifs
	Rediriger la personne ailleurs		

17.3 Annexe C – Courrier adressé aux directeurs

Monsieur le Directeur,

Je m'appelle Virginie Viaccoz, j'ai 21 ans. Je suis actuellement en 3^{ème} année à la HES-SO de Sierre en filière travail social et rédige actuellement mon Travail de Bachelor.

Le thème de ce dernier est : « *De quelle manière les travailleurs sociaux travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils leur projet d'accompagnement ?* ».

Étant donné que votre institution accueille des personnes toxicodépendantes et emploie des travailleurs sociaux, je souhaiterais, avec votre accord, réaliser des entretiens avec des professionnel-le-s de votre centre afin d'en apprendre davantage.

Je désire plus particulièrement interviewer des professionnel-le-s formé-e-s (éducateurs-trices sociaux, personnes avec un niveau universitaire en science sociale, etc.) ayant de l'expérience en terme d'accompagnement des personnes toxicodépendantes.

L'interview m'aiderait à définir ce qu'est la rechute aux yeux d'un-e professionnel-le ainsi qu'à identifier ce qui est mis en place, en terme de modification de projet d'accompagnement personnalisé ou de réorientation vers d'autres structures. En effet, je souhaiterais connaître les différentes options envisagées et proposées aux personnes toxicodépendantes lorsque celles-ci ont rechuté.

Les données reçues seront traitées de façon anonyme et me serviront lors de mon analyse afin de répondre à ma problématique initiale. Bien évidemment les professionnel-le-s pourront en tout temps interrompre l'entretien s'ils et elles le désirent.

J'attends donc votre réponse (de préférence par e-mail : virginie.viaccoz@students.hevs.ch), que j'espère positive, quand à la réalisation d'interviews au sein de votre institution. Si tel est le cas, je vous prierais de bien vouloir remettre aux professionnel-le-s de votre centre la lettre annexée afin qu'ils ou elles puissent prendre contact avec moi pour fixer un rendez-vous s'ils ou elles le désirent. Bien entendu, c'est avec plaisir que je me présenterais à vous pour un entretien si nécessaire.

Dans l'attente de vos nouvelles et en vous remerciant pour l'attention portée à ma requête, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous présente, Monsieur le Directeur, mes salutations les meilleures.

Virginie Viaccoz

Annexe : lettre pour les professionnel-le-s

17.4 Annexe D – Courrier adressé aux professionnels

Mesdames, Messieurs,

Je m'appelle Virginie Viaccoz, j'ai 21 ans. Je suis actuellement en 3^{ème} année à la HES-SO de Sierre en filière travail social et rédige actuellement mon Travail de Bachelor.

Le thème de ce dernier est : « *De quelle manière les travailleurs sociaux travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils leur projet d'accompagnement ?* ».

Je souhaite mener des interviews auprès de professionnel-le-s formé-e-s (éducateurs-trices sociaux, personnes avec un niveau universitaire en science sociale, etc.) ayant de l'expérience en terme d'accompagnement des personnes toxicodépendantes.

Ces interviews m'aideraient à définir ce qu'est la rechute aux yeux d'un-e professionnel-le ainsi qu'à identifier ce qui est mis en place suite à cela, en terme de modification de projet d'accompagnement personnalisé ou de réorientation vers d'autres structures. Comme vous êtes au cœur de l'action, il est important, à mon sens, de bénéficier de vos regards professionnels afin de comprendre comment cela se passe pour vous.

Les données reçues seront traitées de façon anonyme et me serviront lors de mon analyse afin de répondre à ma problématique initiale. Bien évidemment chaque participant-e à l'étude pourra en tout temps interrompre l'entretien s'il ou elle le désire.

D'avance je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à ma demande. Si vous êtes intéressé-e à participer aux interviews, ou en cas de questions, vous pouvez me contacter par e-mail (virginie.viaccoz@students.hevs.ch) en me laissant vos coordonnées.

Dans l'attente de fixer un entretien, si vous êtes intéressés à m'accorder un peu de votre temps, et de vous rencontrer, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous présente, Mesdames, Messieurs, mes salutations les meilleures.

Virginie Viaccoz

17.5 Annexe E – Formulaire de consentement éclairé

Projet : « *De quelle manière les intervenants en toxicomanie travaillent-ils la rechute avec des personnes toxicodépendantes et comment réorientent-ils leur projet d'accompagnement ?* »

Les objectifs de l'entretien sont de comprendre ce qu'est la rechute aux yeux des professionnels, de savoir quels sont leurs rôles auprès de toxicodépendants ainsi que de connaître les options choisies et les ajustements apportés au projet d'accompagnement suite à une rechute.

Les thèmes abordés se porteront alors sur :

- Le plan / projet d'accompagnement
- La rechute
- Le rôle du professionnel

J'accepte de participer au projet dont les conditions sont les suivantes:

- Ce projet vise à établir une recherche dans le cadre d'un travail de mémoire. À cette fin, des entretiens semi-dirigés seront réalisés avec des informateurs clés.
- L'entrevue sera d'une durée approximative d'une heure. Les questions porteront sur la thématique du travail de la rechute dans le domaine de la toxicodépendance.
- L'entrevue que j'accorde ainsi que les informations qu'elle contient seront utilisées aux seules fins définies par le projet.
- Je peux refuser en tout temps de répondre à certaines questions, refuser d'aborder certains thèmes ou même mettre fin à l'entrevue, et ce, sans qu'aucun préjudice ne me soit causé.
- Pour faciliter le travail de l'interviewer, l'entrevue sera enregistrée. Toutefois, l'enregistrement sera détruit dès que la retranscription aura été réalisée.
- Toutes les données des entretiens seront traitées de façon à protéger la confidentialité. De ce fait, aucun nom ne sera cité et le matériel sera codé.
- Toutes les données seront détruites à la fin du projet.
- Pour tout renseignement concernant le projet, je peux communiquer avec Madame Virginie Viaccoz, Rue Le Moulin, 3961 Mission.

Signature du répondant :

Signature de l'intervieweur :

Date :

17.6 Annexe F – Grille d'analyse

Comme la base de ma grille d'analyse est celle de la grille des variables des hypothèses et dimensions (Annexe B), ci-dessous figurent uniquement les nouvelles dimensions créées suite aux entretiens.

Professionnel	Rôle auprès des toxicodépendants ?
Rechute	Conception
	Critères Temps / Quantité
	Comment la travailler ?
	Quand en parler aux usagers ?
	Principales difficultés
	Ressentis personnels lors d'une rechute
	Besoins, rêves pour travailler
Quelque chose à changer ?	